



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Cobertura de los servicios del programa materno perinatal en
los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red
Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE :
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Cavero Hurtado, Rodney Luzgardenia (ORCID: 0000-0002-6556-016X)

ASESORA:

Mg. Vega Guevara, Miluska Rosario (ORCID: 0000-0002-0268-3250)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria:

Gratitud a Dios, por haberme permitido culminar mis estudios, A mis padres Juan Néstor Cavero Cusinga y Carmela Hurtado Vera, quienes con su cariño constante me impulsaron a la culminación de mis estudios, así mismo quiero hacer extenso a todo el personal docente que día a día me impulsaron, orientaron, volcaron con sus conocimientos en la elaboración de la tesis.

Agradecimiento:

Agradezco A la Universidad Cesar Vallejo, a alumnos de post grado, siendo mi persona, participe en estos estudios, gracias por ello, agradezco a la gama de docentes por su colaboración permanente en la elaboración de este trabajo, y sobre todo, por su continuo impulso académico para consolidarlo, lo que me ha generado el continuo interés y la necesaria voluntad, para lograr el objetivo, noblemente me ha dedicado varias horas para el análisis de la propuesta y así encaminarla a su consolidación. Deseo concluir con los agradecimientos, a otros profesionales, que han contribuido al alcance de esta meta, mi gratitud a todos.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria:.....	ii
Agradecimiento:.....	iii
Página del jurado.....	iv
Índice de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
III. Metodología.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	13
3.2 Variables y operacionalización.....	14
3.3 Población, muestra, muestreo.....	16
3.3.1 Unidad de análisis.....	17
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	17
3.4.1 Técnica de recolección de datos.....	17
3.4.2 Instrumento de recolección de datos.....	18
3.4.3 Validación y confiabilidad del instrumento.....	18
3.5 Procedimiento.....	19
3.6 Método de análisis de datos.....	19
3.7 Aspectos éticos.....	19
IV. Resultados.....	20
4.1 Resultados descriptivos.....	20
4.2 Resultados inferenciales.....	25
4.2.1 Prueba estadística para determinar la normalidad.....	25
4.3 Prueba hipótesis.....	26
4.3.1 Contrastación de la hipótesis general.....	26
V. Discusión.....	31
VI. Conclusiones.....	36
VII. Recomendaciones.....	37
Referencias.....	38
Anexos.....	43

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de la variable Cobertura de los servicios de salud materna **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2 Establecimientos de salud de la Micro Red Kishuara . **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3 Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4 Confiabilidad del instrumento. Coeficiente Alfa de Cronbach **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5 Datos descriptivos sobre la Cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal en establecimientos del Primer Nivel de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6 Estadística descriptiva de la Cobertura del Programa Materno Perinatal en establecimientos del Primer Nivel de Atención según el año. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 7 Prueba de normalidad con el test de Shapiro-Wilk para los puntajes de la variable Cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal y sus dimensiones. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 8 Estadística descriptiva de la Cobertura del Programa Materno Perinatal según categorías del Primer Nivel de Atención. .. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 9 Prueba de ANOVA de la Cobertura del Programa Materno Perinatal según categorías del Primer Nivel de Atención. .. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 10 Estadística descriptiva de la Cobertura de Atención Prenatal según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 11 Prueba de ANOVA de la Cobertura de Atención Prenatal según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 12 Estadística descriptiva de la Cobertura de Planificación Familiar según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error!**

Marcador no definido. Tabla 13 Prueba de ANOVA de la Cobertura de Planificación Familiar según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 14 Estadística descriptiva de la Cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 15 Prueba de ANOVA de la Cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio según categorías del Primer Nivel de Atención. **¡Error!**
Marcador no definido.

Resumen

El objetivo principal de la presente investigación es establecer si existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020. El enfoque fue cuantitativo, de tipo básica, alcance descriptiva comparativa, diseño no experimental, la muestra estuvo constituida por los 7 establecimientos de la Micro Red Kishuara de Andahuaylas, la técnica de recolección de datos fue una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos. Los resultados evidenciaron que el porcentaje promedio de la cobertura en los servicios del Programa Materno Perinatal paso de un 57,00% en el 2019 a un 47,17% en el 2020, diferencia significativa según la prueba T de Student para muestras independientes ($p=0,046$). En relación a las tres dimensiones consideradas, si bien en todas ellas se apreció una disminución en la cobertura del año 2019 al año 2020, ninguno obtuvo un valor significativo con la prueba T de Student ($p>0,05$). Se llegó a la conclusión de que La cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal no presenta diferencia significativa cuando se comparan los establecimientos de la Micro Red Kishuara - Andahuaylas, 2019-2020, según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,341$), y en relación a sus tres dimensiones el indicador de Atención Prenatal ($p=0,460$), Planificación Familiar ($p=0,207$) y los indicadores de Atención del Parto, Recién Nacido y Puerperio ($p=0,150$).

Palabras clave: Atención del parto, Demanda de servicios de salud, Planificación familiar, Salud neonatal, Salud Materna.

Abstract

The main objective of this research is to establish if there are significant differences between the coverage of the services of the maternal perinatal program in the level I health facilities of the Kishuara Micro Network, Andahuaylas between the years 2019-2020. The approach was quantitative, of basic type, comparative descriptive scope, non-experimental design, the sample consisted of the 7 establishments of the Kishuara de Andahuaylas Micro Network, the data collection technique was a data collection sheet validated by expert judgment. The results showed that the average percentage of coverage in the Maternal Perinatal Program services went from 57.00% in 2019 to 47.17% in 2020, a significant difference according to the Student's t test for independent samples ($p = 0.046$). Regarding the three dimensions considered, although all of them showed a decrease in coverage from 2019 to 2020, none obtained a significant value with the Student's t test ($p > 0.05$). It was concluded that the coverage of the services of the Maternal Perinatal Program does not present a significant difference when the establishments of the Kishuara - Andahuaylas Micro Network are compared, 2019-2020, according to the existing categories in the first level of care ($p = 0.341$), and in relation to its three dimensions the indicator of Prenatal Care ($p = 0.460$), Family Planning ($p = 0.207$) and the indicators of Delivery, Newborn and Puerperium Care ($p = 0.150$).

Keywords: Delivery care, Demand for health services, Family planning, Neonatal health, Maternal health.

I. Introducción

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estima que en las regiones de mayor pobreza del mundo, existen alrededor de 5 millones de familias que invierten anualmente casi la mitad de sus gastos en el hogar de tipo no alimentario en servicios de salud materna, costos que incrementan el riesgo de ausentismo de las mujeres en los establecimientos de salud para la atención. A pesar de los esfuerzos de los países por brindar un acceso universal a los servicios de salud, todavía se tienen indicadores negativos de salud materna a nivel mundial, especialmente los que se encuentran en condiciones de pobreza (UNICEF, 2019).

Durante el año 2013, en el Perú se planteó un conjunto de medidas bajo el nombre de Reforma del Sector Salud, cuyos principales objetivos eran fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud, proteger la salud individual y colectiva, así como garantizar la protección de los derechos humanos (Velásquez et al., 2016). Sin embargo, todavía existen deficiencias muy notorias en la infraestructura y equipamiento, a pesar de la gran inversión realizada en los últimos años. Según el Ministerio de Salud del Perú, cerca del 80% de los establecimientos de salud que conforman el primer nivel de atención y que son responsables de la atención de la mayor cantidad de pacientes a nivel nacional, se encuentran operando con una inadecuada capacidad instalada, ya sea por tener una infraestructura precaria, o por contar con equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Este panorama se extiende también a los hospitales del país, en donde el porcentaje alcanza a poco más del 50% (Ministerio de Salud, 2020).

En relación a la cobertura de los servicios de salud, si bien en el Perú la implementación de la política de aseguramiento en salud ha generado importantes avances en este aspecto, sin embargo, aún existen brechas en el acceso oportuno y la satisfacción de las necesidades de la población. Entre los retos que debe afrontar el sistema de salud actual se encuentran los esfuerzos por involucrar y articular la función de los diferentes representantes, en el rediseño de las atenciones, el fortalecimiento de la magnitud moral de su función,

promoción de la intervención cívico para generar un sistema de salud de alta calidad (del Carmen, 2019). Lamentablemente, el contexto actual de la pandemia por COVID-19, ha generado un impacto negativo en la cobertura de los servicios básicos de atención a la mujer, como resultado de una división de los servicios de salud, centralización de los recursos humanos y de la tecnología médica en hospitales urbanos de mayor complejidad, la pobre financiación para los servicios de atención primaria en salud y vigilancia epidemiológica, así como la labor desarticulada de los distintos niveles de atención que terminan debilitando los esfuerzos coordinados de respuesta nacional (Castro, 2020).

La presente investigación se realizó en la Micro Red Kishuara, perteneciente a la Red Sondor, ubicada en el Distrito de Kishuara, una de las Micro Redes que se caracteriza por el friaje durante todo el año y una de las más lejanas de la DISA Apurímac II. El C.S de Kishuara es de categoría I-4 cuenta con infraestructura nueva y modernos equipos, y está a cargo de 7 EE.SS. Al igual que otras partes del país, desde el inicio de la epidemia del Covid-19, se han visto afectadas las coberturas en la microred, en especial del programa materno perinatal, la cual se ha reflejado en el incumplimiento de las metas institucionales de los diferentes niveles de instituciones prestadoras de salud (IPRESS). Los resultados obtenidos ayudarán a identificar los nudos críticos que se presentan, entre los diferentes niveles de Establecimientos de Salud adscritos a la Micro red Kishuara, y en base a eso se dará sugerencias para afrontar esta problemática que actualmente se está viviendo, con el fin de mantener la accesibilidad de estos servicios por la importancia de su función en la salud de la población. Por lo que se plantea estudiar e investigar el tema propuesto: Cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020; se formula la investigación bajo el siguiente problema: ¿Existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal en los Establecimientos de Salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, durante los años 2019-2020?.

La investigación tiene relevancia teórica, porque el tema de investigación es muy amplio y aporta conocimiento científico, sobre la Cobertura de los servicios de salud del programa materno perinatal, en los establecimientos de salud del nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019- 2020.

Desde el punto de vista práctico, al finalizar la investigación de estudio se obtendrá herramientas que nos permitirán valorar y evaluar la problemática, asimismo, plantear recomendaciones y consejos que nos lleven hacia la mejora de las problemáticas identificadas en la Cobertura de los servicios de salud del programa materno perinatal, en los establecimientos de salud del nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019- 2020.

Finalmente se justifica metodológicamente la investigación se desarrollara desde un enfoque cuantitativo, lo cual permite llevar a cabo la exploración teniendo un orden coherente con relación entre sí las variables de la investigación, y esto se utilizará como base para investigaciones venideras con contextos análogos, asimismo se pretende hacer una comparación entre las unidades de estudio para luego llegar a una conclusión científica, el tema de investigación es de suma importancia principalmente por el factor humano y el grado de aporte que se espera conseguir del mismo.

Por lo expuesto, el objetivo principal de la investigación es establecer si existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020. Los objetivos específicos basados en las dimensiones fueron: Comparar la cobertura de atención prenatal, acceso a métodos de planificación familiar, atención de partos, puerperio, recién nacido que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.

Por lo expuesto, la hipótesis general de la investigación es Existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020. Para establecer las hipótesis específicas se consideran existe diferencia significativa de la cobertura de Atención prenatal , acceso a métodos de planificación familiar, atención de parto, recién nacido, puerperio que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.

II. Marco teórico

A continuación, se presentan los trabajos previos realizados sobre las variables de estudio y su posible relación, al respecto es importante mencionar que son diversos los estudios realizados a nivel internacional y nacional con la intención de analizar o

describir la cobertura de los servicios del programa materno perinatal, en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.

Entre los antecedentes internacionales de la presente investigación tenemos a: Suárez et al. (2019) plantearon como objetivo comparar la cobertura de atención constante de salud materna y de la primera infancia en mujeres con y sin maternidad en la adolescencia, a través de un estudio descriptivo comparativo basado en la encuesta nacional de salud y nutrición 100k, cuyos resultados evidencian que las mujeres con maternidad adolescente tienen menor cobertura continua en salud materna que las que no lo tuvieron (8.1 y 19.6%), mientras que en el infante fue menor en 30%, demostrando la existencia de una brecha entre ambos grupos. Santana et al. (2018) analizaron los indicadores de salud de la madre y el niño en Cuba en cumplimiento de la agenda de desarrollo sostenible para el 2030, a través de un estudio descriptivo, cuyos resultados evidencian reducción de la mortalidad infantil y del menor de 5 años a 4,3 y 5,7 fallecidos por 1 000 nacidos vivos; con mejora en el número de controles prenatales a más de 10; partos institucionales en 99,9%, y erradicación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita, concluyendo que las políticas adoptadas han tenido un impacto positivo en los indicadores de salud materna e infantil. Sánchez et al. (2016) plantearon como objetivos describir los factores sociales que se asocian al uso de los servicios de atención prenatal en Ecuador, a través de un estudio descriptivo transversal, sobre una muestra de 5 998 mujeres con atención obstétrica en 15 servicios sanitarios, cuyos resultados indican que el 94,1% acudieron a algún control prenatal, el 73,1% alcanzó los cuatro controles, y la falta de los controles prenatales se asocia a un menor nivel educativo, realizar quehaceres de la agricultura y pertenecer a diferentes grupos étnicos, concluyendo que aún persisten inequidades en el acceso y uso de los servicios correspondientes al área materna. García (2016) planteó como objetivo describir las barreras de acceso al control prenatal (CPN) y la calidad de atención a gestantes, mediante un estudio descriptivo transversal, que consistió en la aplicación de encuestas en 306 gestantes en torno a su percepción sobre la calidad de atención, barreras de acceso e integridad de la atención, cuyos resultados indican que el 74% tuvo cuatro o más controles prenatales, y los mayores riesgos se hallaron entre las que tuvieron <4 CPN, llegando a la

conclusión de que es necesario mejorar la calidad de atención e integridad del CPN por parte de los prestadores de salud. Restrepo et al. (2015) plantearon como objetivo analizar la cobertura de 75 países de América Latina y Caribe (ALC), a través de un estudio descriptivo basado en las encuestas demográficas, con un promedio ponderado de ocho indicadores de cobertura en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, cuyos resultados indican que el quintil de mayor pobreza presenta las coberturas más bajas en atención prenatal (<70%), planificación familiar (<70%) y atención del recién nacido (<80%), concluyendo que, si bien existen grandes avances en términos de reducción de desigualdades, aún se necesitan acciones para mejorar la equidad en el quintil de mayor pobreza.

Entre los trabajos previos nacionales tenemos a: Janampa (2020) tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de los productos del programa presupuestal salud materno neonatal y sus factores determinantes mediante un estudio descriptivo transversal, cuyos resultados revelan que el grado de cumplimiento de las actividades operativas en los años 2016 y 2017 fue del 87,3% y 85,7%, respectivamente, con una valoración adecuada, y la ejecución total del financiamiento fue del 97,3% y 98,8%, respectivamente, siendo en el caso del programa materno neonatal más del 99%, y concluyendo que el programa materno neonatal es uno de los que presenta un mayor grado de cumplimiento del programa presupuestal. Tinoco (2018) tuvo como objetivo medir la relación entre la cobertura efectiva y los determinantes sociales de salud, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica, mediante un estudio de diseño descriptivo transversal sobre una muestra intencional formada por 276 usuarios atendidos en consultorios externos, emergencia u hospitalización del hospital mencionado, obteniendo como resultados una correlación moderada ($r = 0,502$) entre la cobertura efectiva y los determinantes sociales de salud, concluyendo que el análisis de los determinantes sociales de salud es necesario para alcanzar una cobertura efectiva en beneficio de los usuarios. Arteta (2016) planteó como objetivo analizar la tendencia de cobertura general por componentes aislados de la atención pre natal, parto y puerperio en el Perú, por regiones y quintiles económicos; a través de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyos resultados indican que la cobertura de parto es mayor en la sierra y selva peruana, mientras que la cobertura de paquetes de atención prenatal es menor

en zonas rurales y de mayor pobreza, llegando a la conclusión que la cobertura general aún presenta deficiencias en el área materno-perinatal. Carmona et al. (2016) revisaron la evidencia vinculada con las intervenciones orientadas al fortalecimiento del acceso a los servicios de planificación familiar en Loreto, con un énfasis en los métodos anticonceptivos modernos, mediante una revisión bibliográfica de tipo narrativa, obteniendo como resultados que el acceso a métodos anticonceptivos es insuficiente, con demandas insatisfechas del 14,2% y altas tasas de fecundidad en el 3,8%, y que una parte del presupuesto regional que se asigna a salud sexual y reproductiva se utiliza para otros fines, concluyendo que existe un déficit de cobertura y gestión en el área de planificación familiar de Loreto. Florián (2015) planteó como objetivo determinar la relación entre el gasto y la cobertura de ejecución en los indicadores salud materna neonatal en el Distrito de Trujillo, mediante estudio descriptivo retrospectivo, basado en los presupuestos de la área materno neonatal de cinco años, en una muestra de 109 establecimientos de salud de nivel I, obteniendo en sus resultados que los presupuestos maternos neonatales no fueron significativos para mejorar la cobertura de los indicadores mencionados ($p > 0,05$), concluyendo que un aumento en el presupuesto no garantiza una mayor cobertura de esos programas.

A continuación, se presenta las diferentes teorías sobre la variable de estudio que están relacionadas con la Cobertura de los servicios de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la cobertura en salud como la capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de recursos materiales y humanos, medicamentos, tecnologías de la salud y apoyo financiero. De este concepto se desprende el de cobertura universal de salud, el cual implica que los mecanismos de organización y financiación puedan abastecerse para cubrir a toda la población (OPS, 2017a). Un término que complementa a la cobertura universal de salud es el acceso universal a salud, términos que en conjunto son la base para un sistema de salud equitativo (OPS, 2017b). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en términos generales, los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que reciben una intervención determinada, entre la población que la necesita o tiene derecho a recibirla, datos que se obtienen a partir de las encuestas de hogares (OMS, 2009).

En el Perú, el Ministerio de Salud, en su Programación Multianual 2018-2020, planteó dentro de sus metas hacia el año 2021: alcanzar una cobertura de 95% de la población con servicios públicos de salud, sea MINSA, ESSALUD o Sanidades; llegar al menos a un 90% de parto institucional de alta calidad, y reducir las muertes maternas, neonatales e infantiles en no menos del 15% neonatales e infantiles; al igual que el embarazo adolescente, también en no menos del 15% (MINSA, 2017).

Desde el punto de vista dimensional, se eligió el modelo establecido por el Ministerio de Salud, en que la cobertura de los servicios de salud del programa materno-perinatal se mide a través de indicadores agrupados en tres dimensiones principales: a) atención prenatal, b) planificación familiar c) atención del parto, puerperio y el recién nacido, las cuales son responsabilidad de los obstetras (MINSA, 2010).

La dimensión atención prenatal, es definida por la OPS (2011) como el número de atenciones, acciones asistenciales, entrevistas o visitas programadas con el equipo profesional de salud, que contribuye con un adecuado control de la evolución del embarazo, preparación para el parto y crianza del recién nacido (RN), con la finalidad de reducir los riesgos que se presenta en el proceso fisiológico en el embarazo. El objetivo principal de la atención integral de salud materna consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puede condicionar a una mortalidad materna y perinatal (MINSA, 2013). El indicador que se usa para medir la atención prenatal es el número de gestantes controladas, la cual es definida como aquella gestante que ha cumplido con su sexto control prenatal y ha recibido el paquete básico de atención (MINSA, 2019a). Según el Boletín Epidemiológico del año 2019, del total de muertes maternas registradas la mayoría correspondieron a gestantes no controladas, siendo este porcentaje de 55,7% en el año 2019 y 64,2% en el año 2018 (MINSA, 2019b).

El MINSA (2019a) define a la atención prenatal reenfocada como “todas las actividades de prevención, monitoreo integral de las gestantes y el producto para lograr el nacimiento vigoroso sano, sin deterioro de la salud de la madre” (p. 56).

Por ello, es importante que la captación se dé oportunamente en el primer trimestre, que el número de APN sea al menos seis durante los 9 meses de embarazo, y se garantice la entrega de un paquete básico de atención.

Si bien las políticas de estado han contribuido a mejorar la cobertura de atención prenatal en los últimos años, no se ha garantizado que este incremento en la cobertura beneficie a los sectores más pobres de la sociedad. Para determinar mejor el impacto de la atención prenatal se sugiere que la evaluación de los indicadores en este campo no se limite al número de consultas como se hace hasta la fecha, sino que se incluyan otras variables, como la reducción de las desigualdades (Saavedra y col., 2019). Un estudio reciente, basado en los datos estadísticos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, evidencia que en el Perú sólo el 56,1% de gestantes ha recibido una atención prenatal de calidad; siendo los grupos con menor probabilidad de recibirla, las gestantes que viven en zonas rurales, las que provienen de la sierra y las que pertenecen a una etnia nativa (Hernández y col., 2019).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática evidencia que la atención prenatal realizada por personal de salud calificado ha aumentado de un 96,0% el año 2012 a un 97,5% en el 2017. El análisis de acuerdo al tipo de profesional que realizó la atención en el periodo 2012-2017 muestra que, si bien la gran mayoría de atenciones lo realizan todavía los obstetras, hay un leve aumento en la atención por parte de los médicos de 31,4% a 38,3% y una reducción de la atención realizada por los obstetras de 81,4% a 80,8%. La atención restante corresponde al personal de enfermería, la cual también disminuyó de 11,5% a 9,7% (INEI, 2017).

En relación al inicio oportuno de la atención prenatal, el ENDES 2019 resalta que el 80,7% de las gestantes recibieron su primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo. Este porcentaje es mayor entre las gestantes de áreas urbanas donde alcanzó un 83,1%, mientras que en las áreas rurales el porcentaje disminuyó hasta 73,7%. La comparación de este indicador según las regiones naturales muestra que el mayor acceso de las gestantes a la atención prenatal durante el primer trimestre se da en la región costa con 84,6%, a diferencia de la sierra y selva con 74,8% y 77,3%, respectivamente (INEI, 2019).

En el caso del número de atenciones prenatales, el ENDES 2017 indica que el 88,9% de gestantes atendidas en establecimientos de salud a nivel nacional recibieron al menos seis atenciones prenatales en el año 2017, reportando un ligero aumento al compararse con el 84,5% registrado el año 2012. Este valor fue mayor entre las zonas urbanas donde alcanzó el 90,5%, mientras que en las zonas rurales sólo fue del 84,0% (INEI, 2017).

En relación a las actividades realizadas en la atención prenatal, el ENDES 2017 evidencia que los controles de rutina más frecuentes reportadas por las gestantes fueron el control de peso (99,8%), la presión arterial (99,4%) y la altura uterina (99,4%) para ambos casos), mientras que las pruebas de laboratorio más realizadas fueron el examen de orina (96,2%) y el de sangre (96,8%). Todos estos valores representan un ligero aumento en comparación con los valores reportados en el ENDES del año 2012. Para el caso de la cobertura con vacunación antitetánica, para el año 2017 se ha encontrado un 57% de mujeres con un hijo nacido vivo que recibieron al menos dos dosis de vacuna antitetánica (INEI, 2017).

De acuerdo con el INEI (2016), para el año 2015 ninguno de los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) a nivel nacional presentó al menos el 90% de la capacidad resolutive para la atención prenatal reenfocada.

La dimensión planificación familiar, es definida por el MINSA (2017) como:

La prescripción, provisión de toda la gama de métodos anticonceptivos a las mujeres y varones en edad fértil, a través de actividades, procedimientos, intervenciones de educación, orientación, consejerías y puedan optar de manera libre y responsable, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos” (p. 17).

La OMS (2020) considera que es importante garantizar a todas las personas el acceso a los métodos anticonceptivos de su preferencia para reforzar el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, además de reportar importantes beneficios tanto para su bienestar físico como para el mental y económico, el uso de anticoncepción ayuda a reducir los riesgos que conlleva el embarazo no planificado, especialmente entre las adolescentes, De acuerdo con datos estadísticos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año

2018, el número de mujeres actualmente unidas que usa algún método anticonceptivo ha aumentado paulatinamente en las últimas décadas, pasando de un 45,8% el año 1986 a un 76,3% el año 2018. Asimismo, la brecha existente entre las zonas urbanas y rurales se ha reducido de un 24,2% a inicio de los 90 a un 6,1% en el año 2018 (INEI, 2018a).

En relación al tipo de anticonceptivo, el ENDES 2019 evidencia que el 55,6% de mujeres actualmente unidas elige un método anticonceptivo moderno, mientras que el 20,3% prefiere un método tradicional o natural. Las diferencias en las preferencias se aprecian según la zona de residencia, ya que en zonas urbanas se ha encontrado un 57,4% de usuarias de métodos modernos y un 18,4% de métodos tradicionales; mientras que, en zonas rurales, el 49,2% elige métodos modernos y el 26,9% opta por un método tradicional (INEI, 2019a). Cuando se analiza el uso específico de los métodos modernos, se observa que la inyección representa el porcentaje mayoritario de las preferencias con el 18,5 %, seguido del preservativo masculino con 13,5%. En las zonas rurales el uso de inyectables alcanza mayores valores que en zonas urbanas con 25,3% frente a 16,6% de la zona rural, mientras que el uso del preservativo masculino es más común en zonas urbanas, donde alcanza el 15,3% frente al 7,1% de la zona rural (INEI, 2019a), en el caso del método del ritmo o abstinencia periódica, se ha encontrado un 10,9%, seguido de un 8,9% que utiliza el método del retiro o coitus interruptus. Debe resaltarse, sin embargo, que apenas el 52,8% de las usuarias del método del ritmo identifican de manera correcta los días fértiles, por lo que es muy probable que estén haciendo un uso incorrecto del método, incrementando así la posibilidad de tener un embarazo no deseado (INEI, 2019a).

De acuerdo con el INEI (2016), para el año 2015 sólo uno de los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) a nivel nacional presentó al menos el 90% de la capacidad resolutive para la atención de planificación familiar y anticoncepción postparto y postaborto, y se ubicaba en Huancavelica. En el caso de los establecimientos que presentaron una capacidad resolutive menor del 10%, sólo se encontró uno en el departamento de Loreto. En Apurímac, de los 28 establecimientos evaluados 9 (32,1%) presentaron una capacidad resolutive entre 70 y 79% y 7 (25,0%) presentaron una capacidad resolutive entre 60 y 69%.

La dimensión Atención del parto, recién nacido y puerperio, engloba varios conceptos independientes. De acuerdo con el Ministerio de Salud, puede definirse como el total de atenciones que se brinda a una gestante y a su recién nacido durante el proceso que corresponde a un parto por vía vaginal, el cual debe ser realizado por profesionales de la salud especializados como los gineco obstetras, obstetras y los médicos cirujanos capacitados. Sólo en situaciones de emergencia o ausencia del personal especializado, puede ser atendido por cualquier otro profesional de salud, respetando en todo momento la adecuación intercultural (MINSA, 2019a).

En el caso del parto institucional, se denomina así a aquel parto que es atendido en un establecimiento de salud por un personal de salud calificado, y por lo cual se considera que presenta menor riesgo para la madre y el recién nacido en comparación con los partos atendidos de forma domiciliaria. De acuerdo con estadísticas del ENDES 2019, a nivel nacional se ha reportado que el 92,1% de los partos son institucionales, con un mayor porcentaje en el área urbana, donde alcanza el 96%. El porcentaje de partos institucionales según región natural evidencia un 95,0% en la Costa, 91,2% en la Sierra y 83,5% en la selva (INEI, 2019b).

Por otro lado, para el MINSA (2019a) la atención del puerperio normal son aquellas atenciones por consulta externa que los gineco obstetras, obstetras y los médicos cirujanos capacitados proporcionan a la puérpera; a partir de los establecimientos de salud nivel I. Según el ENDES 2018, el 79,8% de mujeres tuvo su primer control de puerperio dentro de las primeras cuatro horas posteriores al parto, mientras que un 16,7% recibió dicho control entre las 4 y 23 horas del postparto. Según el número de hijos, el 80,8% de mujeres con el cuarto y quinto nacimiento presentaron su control puerperal dentro de las primeras cuatro horas postparto; mientras que, por distribución geográfica, las que se ubican en zonas urbanas presentaron un 81,3% en comparación con el 75,3% en las zonas rurales (INEI, 2018b).

De acuerdo con el INEI (2016), para el año 2015 ninguno de los establecimientos de salud que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) a nivel nacional presentó al menos el 90% de la capacidad resolutive para la atención el parto eutócico y el recién nacido normal o con problemas menores. El único establecimiento que alcanzó una capacidad resolutive entre 80% y 89% se

encontraba en Huancavelica; mientras que los establecimientos que presentaron una capacidad resolutive menor del 10% fueron catorce, ubicados en Lima (2), Pasco (2), Puno (2), Ayacucho (2), Ancash (1), Arequipa (1), La Libertad (1), Loreto (1) y Moquegua (1). En el caso de Apurímac, de los 28 establecimientos evaluados, la mitad presentó una capacidad resolutive menor del 50%.

En relación al nivel de establecimiento de salud, que representa la variable de comparación utilizada en el estudio, los niveles de atención representan una de las formas en que se organizan los servicios de salud, a través de la relación que se establece entre la magnitud y severidad de las necesidades sanitarias de la población con la capacidad resolutive de la oferta, sea cualitativa o cuantitativa (MINSAL, 2006).

El Ministerio de Salud define a un establecimiento de salud como aquellos lugares en donde se realiza cualquier atención de salud dirigida a la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con el propósito de mantener o mejorar el estado de salud de la población. Desde un punto de vista gerencial, el establecimiento de salud representa “la unidad operativa de la oferta de servicios de salud, implementado con recursos humanos, materiales y equipos” (MINSAL, 2015; p. 5), y es el lugar en que se realizan diversas actividades de promoción, prevención y control de daños a la salud, de tipo asistencial y de gestión, con el fin de brindar atenciones sanitarias a la población. En el Perú, en el año 2010 se registraron 9559 establecimientos de salud, número que aumentó en el año 2014 a 10860, de estos establecimientos de salud el 5,7 % (n=622) son hospitales, el 23.2% (n=2519) son centros de salud y el 71% (n=7719) son puestos de salud. La mayor concentración de hospitales se encuentra en Lima, con un 35.2% del total, seguido de La Libertad con 9,4% y Lambayeque con 5.9%. Para el caso de los centros de salud, Lima tiene el 24.8% del total, seguido de Piura y Cajamarca con 6.1% y 5.6%, en relación a los puestos de salud, el mayor número se encuentra en los departamentos de Cajamarca con 11.1%, Lima con 7.2%, Junín con 6.6% y Amazonas con 6.5% (Alcalde y col., 2019).

Sin embargo, existen distintos enfoques para interpretar o medir la capacidad resolutive de un establecimiento o una red de ellos, como en el caso de la cuantificación de la accesibilidad de los servicios de salud para medir la

capacidad resolutive de atender personas que solicitan atención; o la cuantificación de las derivaciones efectuadas con respecto al total de casos tratados o resueltos para medir la capacidad resolutive en un nivel de atención o servicio (López, 2014). Asimismo, dentro de cada nivel existen categorías según las características funcionales que posean, las cuales están vigentes por tres años, tras el cual debe solicitarse una recategorización (ESAN, 2018).

Según el Ministerio de Salud (2006) se consideran tres niveles de atención: Primer nivel, preparados para la atención de problemas de salud de baja complejidad, los cuales representan entre el 70% y 80% de la demanda existente, cuenta con establecimientos de menor grado de especialización en su personal y de tecnificación de sus recursos, siendo responsables de actividades preventivas promocionales, así como del diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades más comunes en el medio (MINSAL, 2006). Segundo nivel, que contribuye con la atención del 12 al 22 % de la demanda existente, y es responsable de la atención de las necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia (MINSAL, 2006). Tercer nivel, participa en la atención del 5 al 10% de la demanda existente, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad, y aunque la oferta en este nivel es de menor tamaño, es necesario el máximo grado de especialización y tecnificación posible (MINSAL, 2006).

III. Metodología

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo.

El tipo de investigación es básica, la cual, según Landeau (2007) tiene como propósito aportar un cuerpo organizado de entendimientos científicos, sin que ello signifique necesariamente producir resultados de utilidad práctica inmediata; por lo tanto, se limita a la recolección de información proveniente de la realidad para profundizar el conocimiento teórico-científico existente, en este caso de la cobertura de los servicios de salud materna, y orientarlo hacia el descubrimiento de principios y leyes.

Enfoque.

Además, el estudio se desarrolló dentro del enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández, Baptista y Fernández (2014) convierte la información recolectada en datos numéricos con el fin de analizarlo a través de procesos estadísticos y medir de una manera objetiva las características del fenómeno objeto de estudio, o establecer relaciones que expliquen su comportamiento, empleando instrumentos válidos y confiables.

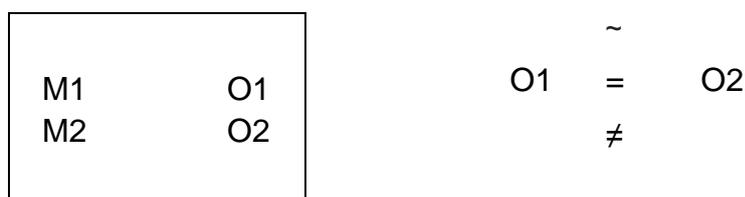
Nivel

Considerando la propuesta de Hernández et al. (2014) es de una investigación de alcance descriptiva comparativa, porque busca describir la frecuencia de una variable en dos o más grupos de estudio, con el propósito de determinar la existencia de alguna diferencia entre ellos que pueda servir de referente para futuros estudios.

Diseño de investigación

Para la presente investigación se utilizó un diseño no experimental, de corte longitudinal. Basado en los conceptos establecidos por Hernández et al. (2014) un estudio es no experimental cuando el investigador no realiza manipulación deliberada alguna sobre las variables, y se limita a observar los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural, para luego analizarlos; es de corte longitudinal porque los datos recolectados provendrán de distintos espacios temporales, con el fin de establecer la forma en que han variado las frecuencias de la cobertura de los servicios de salud;

Los estudios descriptivos comparativos se representan con el siguiente esquema:



Donde:

M1 y M2= Muestras.

O1 y O2= Observaciones realizadas a las muestras.

~ es semejante; = es igual; ≠ es diferente.

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1. Cobertura de servicios de salud

Definición conceptual

“Capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de recursos materiales y humanos, medicamentos, tecnologías de la salud y apoyo financiero” (OPS, 2017a).

Definición operacional

Para medir la cobertura de servicios relacionados con la salud materna se considerarán principalmente las siguientes dimensiones: atención prenatal, atención del parto, puerperio y el recién nacido, y servicios de planificación familiar (MINSA, 2010). Se empleará para ello una ficha de recolección elaborada por la autora. Este instrumento está definido operacionalmente en función a 15 ítems que están agrupados en 3 dimensiones: (a) atención prenatal; (b) atención del parto, recién nacido y puerperio; y (c) planificación familiar.

Tabla 1

Operacionalización de la variable Cobertura de los servicios de salud materna

Dimensiones	Indicadores	ITEMS	Escala
Dimensión 1: Atención	Gestantes reenfocadas reenfocada * 100/ total de gestantes	Nº de gestantes con atención prenatal atendidas	Razón
	Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más CPN	Nº de gestantes con SF en 4 o más CPN * 100/total de gestantes atendidas	
	Gestantes adolescentes	Nº de gestantes adolescentes * 100 /Nº total de gestantes atendidas	
Dimensión 2: Planificación	Usuarías activas de métodos de Planificación Familiar	Nº de usuarias activas de métodos de Planificación Familiar	Razón
	Usuarías que reciben orientación en Planificación familiar	Nº de usuarias que recibieron orientación en Planificación familiar	
	Usuarías activas de métodos modernos de Planificación Familiar	PPFF* 100/ Total de parejas programadas PPFF* 100/ Total de MEF programadas Nº de usuarias activas de métodos modernos de PPFF* 100/ Total de parejas programadas	

	Usuaris activas de métodos de larga duración	Nº de usuarias activas de métodos LARC *	
	100/ Total de parejas programadas		
	Usuaris activas de métodos de barrera de Planificación Familiar	Nº de usuarias activas de métodos de barrera* 100/ Total de parejas programadas	
Dimensión 3:	Partos institucionales	Nº de partos institucionales atendidos*	Razón
Atención del parto, recién nacido y puerperio		100/ total de partos	
	Partos normales controladas* 100/ total de	Nº de partos normales* 100/ PE partos institucionales y domiciliarios	nº de puérperas
	Puerperio con complicaciones	nº de puérperas con complicaciones que recibieron tratamiento/Total de puérperas con complicaciones	
	Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud	Nº de RN atendidos en EESS* 100/ PE	
	Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	Nº de RN vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos	semanas de

Ficha técnica del instrumento para medir la cobertura de los servicios de salud

Nombre: Ficha de recolección de la cobertura de los servicios de salud materna

Autora: Rodney Luzgardenia Cavero Hurtado (2020)

Lugar: Apurímac, Perú

Fecha: Octubre del 2020

Objetivo: Medir los distintos indicadores de la cobertura de servicios de salud relacionados con la salud materna.

Fuente: Bases de datos y reportes estadísticos.

3.3 Población, muestra, muestreo.

Población.

La población de estudio estará constituida por los 7 establecimientos de la Micro Red Kishuara de Andahuaylas que se encuentren activas durante el periodo 2019-2020.

Criterios de inclusión.

Establecimientos pertenecientes a la Micro Red Kishuara.

Establecimientos que pertenezcan al primer nivel de salud.

Establecimientos que se encuentren activos en el periodo de estudio: 2019-2020.

Criterios de exclusión.

Establecimientos que no hayan ofrecido atención en los servicios de salud materna en el periodo de estudio.

Muestra.

Dado el tamaño pequeño de la población, se aplicará una muestra de tipo censal, por lo que no será necesario diseñar un tipo de muestreo (Hernández et al., 2014). Los 7 establecimientos que constituirán la muestra en el presente estudio están distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 2

Establecimientos de salud de la Micro Red Kishuara

Tipo de establecimiento	Nombre	Categoría
Centro de salud	Kishuara	I-4
Puesto de salud	Matapuquio	I-3
Puesto de salud	Quillabamba	I-2
Puesto de salud	Cavira	I-2
Puesto de salud	Colpa	I-1
Puesto de salud	Sotccomayo	I-1
Puesto de salud	Tintay	I-1

3.3.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis en la investigación corresponde a cada establecimiento de salud perteneciente a la Micro Red Kishuara de Andahuaylas, las cuales en su totalidad conforman la población de estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

3.4.1 Técnica de recolección de datos.

La técnica utilizada en la presente investigación será la revisión documental, que consiste en el recojo de información proveniente de las bases de datos de los distintos establecimientos de salud de la Micro Red Kishuara.

3.4.2 Instrumento de recolección de datos.

Se empleará como instrumento para la recolección de datos una ficha de recolección de datos elaborada por la autora del estudio, la cual se validará mediante juicio de expertos en el que participarán tres magísteres especialistas en temas de gestión y salud pública.

3.4.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

Validez de los instrumentos

Se denomina validez al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (Hernández et al., 2014). La validez de un instrumento presenta varios tipos, de los cuales, en el presente estudio se utilizará la validez de contenido, que consiste en someter a un juicio de expertos los distintos ítems de la ficha de recolección.

Tabla 3

Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Calificación
<i>Juez 1</i>	Si	si	Si	Aplicable
<i>Juez 2</i>	Si	si	Si	Aplicable
<i>Juez 3</i>	Si	si	Si	Aplicable

El instrumento de recolección de datos que se empleará en el estudio no presenta opciones, por tratarse de una ficha de recolección que se limitará a trasladar los valores encontrados. Por ello no se someterá a pruebas de confiabilidad.

Tabla 4

Confiabilidad del instrumento. Coeficiente Alfa de Cronbach

Parte 1	Valor	,851
	N de elementos	4 ^a
Parte 2	Valor	,912
	N de elementos	3 ^b
	N total de elementos	7

a. Los elementos son: VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019.

b. Los elementos son: VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022.

3.5 Procedimiento

Para la obtención de los datos se realizó primero una coordinación con las autoridades de la Micro Red Kishuara, con la finalidad de que permitan el acceso a la base de datos y estadísticas de los distintos establecimientos pertenecientes a su jurisdicción en torno a la variable de estudio. La formalización del permiso brindado se concretó a través del otorgamiento de un documento de autorización firmado por el Doctor responsable de la Micro Red, previa entrega de una solicitud a nombre de la Universidad César Vallejo. La información será recolectada en el mes de noviembre del año 2020 en las fichas de recolección elaboradas por la autora, y luego trasladados a una matriz del programa SPSS versión 25.

3.6 Método de análisis de datos.

El análisis de los datos recolectados, después de haber sido trasladados a una matriz del programa SPSS versión 25, se dividirá en dos etapas:

Análisis descriptivo, que consistirá en la presentación de resultados en las respectivas tablas de frecuencias.

Análisis inferencial, que se establecerá mediante la comparación de medias obtenidas por cada una de las muestras en las coberturas de los distintos indicadores mencionados en la operacionalización. Para seleccionar la prueba estadística apropiada, primero se realizará una prueba de normalidad con el Test de Shapiro Wilk, con un nivel de significancia de 0,05. En el caso de que el test indique la existencia de distribución normal en los datos de ambas muestras, se procederá a usar la prueba T de Student para muestras independientes. En el caso de que el test indique la existencia de distribución no normal en alguna de las muestras, se procederá a usar la prueba U Mann de Whitney. Para la comprobación de la hipótesis, se considerará el nivel de significación teórica: $\alpha = 0.05$ y la regla de decisión: Si $p \geq \alpha$, aceptar la H_0 ; si $p < \alpha$; rechazar la H_0 .

3.7 Aspectos éticos

La investigación está enmarcada dentro de los principios éticos y morales establecidos por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y las especificaciones propias de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud. Para ello se solicitó la autorización respectiva a la dirección de la Micro Red

Kishuara, para la recolección de la información, y se garantizará la reserva de la misma, usándola sólo para los fines establecidos en la investigación.

IV. Resultados

4.1 Resultados descriptivos

Puerperio	88,9	55,3	83,3	88,2	100,0	80,0	55,6	55,0	71,4	75,0	58,3	77,8	100,0	50,0
-----------	------	------	------	------	-------	------	------	------	------	------	------	------	-------	------

Puerperio con complicaciones	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
RN vivos atendidos en establecimientos de salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
RN vivos menores de 37 semanas de gestación	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Cobertura Atención Partos, Recién nacidos y Puerperio	81,5	76,3	80,6	81,4	83,3	80,0	63,2	67,9	78,6	64,6	76,4	79,6	83,3	75,0	
Cobertura Programa Materno Perinatal	70,0	56,2	58,3	46,6	69,3	58,3	61,3	56,5	47,7	43,2	60,2	52,4	51,2	41,8	

En la tabla 5 se puede observar que los valores más altos de cobertura del Programa Materno Perinatal durante el año 2019 se obtuvieron en el Centro de Salud Kishuara con 70,0% y el Puesto de Salud Quillabamba con 69,3%; mientras que los valores más altos de cobertura en el año 2020 se presentaron en el Puesto de Salud Quillabamba con 58,3% y el Puesto de Salud Cavira con 56,5%. , siendo la cobertura de atención de partos, recién nacidos y puerperio, el indicador con mejor cobertura en todas las instituciones valuadas; se observa además que hubo una significativa disminución en la cobertura de atención del centro de Salud Kishuara.

Tabla 6.

Estadística descriptiva de la Cobertura del Programa Materno Perinatal en establecimientos del Primer Nivel de Atención según el año.

	N	Media	Desviación típica	p*
Atención prenatal	2019	45,43	9,729	0,058
	2020	35,40	8,111	
Planificación Familiar	2019	55,63	18,430	0,158
	2020	41,84	15,692	
Parto, Recién Nacido y Puerperio	2019	69,91	4,586	0,152
	2020	64,36	8,444	
Programa Materno Perinatal	2019	57,00	8,717	0,046
	2020	47,17	7,752	

* Prueba T de Student para muestras independientes. Valor de significancia de 0,05

En la tabla 6 se observa que el porcentaje promedio de la cobertura en los servicios del Programa Materno Perinatal pasó de un 57,00% en el 2019 a un 47,17% en el 2020, diferencia significativa según la prueba T de Student para muestras independientes ($p=0,046$). En relación a las tres dimensiones consideradas, si bien en todas ellas se apreció una disminución en la cobertura

del año 2019 al año 2020, ninguno obtuvo un valor significativo con la prueba T de Student ($p > 0,05$).

4.2 Resultados inferenciales

4.2.1 Prueba estadística para determinar la normalidad

Tabla 7.

Prueba de normalidad con el test de Shapiro-Wilk para los puntajes de la variable Cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal y sus dimensiones.

	Estadístico	gl	Sig.	Normalidad
Cobertura Programa Materno Perinatal	,953	14	,602	Si
Cobertura Atención Prenatal	,976	14	,949	Si
Cobertura Planificación Familiar	,947	14	,510	Si
Cobertura Parto, RN y Puerperio	,838	14	,015	Si

Nota: Sig. $< 0,05$ indica que la distribución no es normal; Sig. $\geq 0,05$ indica que la distribución es normal.

En la tabla 7 se aprecia que los valores numéricos obtenidos para la variable cobertura del Programa Materno Perinatal y sus dimensiones presentaron distribución normal en todos los casos. A partir de estos resultados se determina que la prueba estadística elegida para el contraste de las hipótesis estadísticas debe ser de tipo paramétrica, en este caso, la prueba de Análisis de Varianzas (ANOVA).

4.3 Prueba hipótesis

4.3.1 Contratación de la hipótesis general

Ho: No existe diferencia significativa entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal.

H_p: Existe diferencia significativa entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal.

Tabla 8.

Estadística descriptiva de la Cobertura del Programa Materno Perinatal según categorías del Primer Nivel de Atención.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
I-1	6	56,6333	8,91957	43,50	67,00
I-2	4	49,5250	10,88987	37,30	61,60
I-3	2	52,6500	5,16188	49,00	56,30
I-4	2	43,0000	7,63675	37,60	48,40
Total	14	52,0857	9,42410	37,30	67,00

En la tabla 8 se observa que el promedio de la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal más alto se encuentra en los establecimientos de la categoría I-1, con un valor de $56,633 \pm 8,91957$; mientras que la cobertura más baja se encontró en los establecimientos de la categoría I-4 con un valor de $49,525 \pm 10,889$.

Tabla 9.

Prueba de ANOVA de la Cobertura del Programa Materno Perinatal según categorías del Primer Nivel de Atención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	316,051	3	105,350	1,256	0,341
Intra-grupos	838,526	10	83,853		
Total	1154,577	13			

En la tabla 9 se observa que, la cobertura del Programa Materno Perinatal según la prueba ANOVA, no existe diferencia significativa entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,341$).

Prueba de hipótesis específica 1

H0: No existe diferencia significativa entre la cobertura de Atención Prenatal en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara,

H1: Existe diferencia significativa entre la cobertura de Atención Prenatal en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara

Tabla 10.

Estadística descriptiva de la Cobertura de Atención Prenatal según categorías del Primer Nivel de Atención.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
I-1	6	40,5333	11,71899	20,00	52,80
I-2	4	40,2750	8,54376	29,20	50,00
I-3	2	48,8500	10,11163	41,70	56,00
I-4	2	31,9000	4,38406	28,80	35,00
Total	14	40,4143	10,05599	20,00	56,00

En la tabla 10 se observa que el promedio de la cobertura de Atención Prenatal más alto se encuentra en los establecimientos de la categoría I-3, con un valor de $48,850 \pm 10,1116$; mientras que la cobertura más baja se encontró en los establecimientos de la categoría I-4 con un valor de $31,900 \pm 10,0559$.

Tabla 11.

Prueba de ANOVA de la Cobertura de Atención Prenatal según categorías del Primer Nivel de Atención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	287,471	3	95,824	0,933	0,460
Intra-grupos	1027,126	10	102,713		
Total	1314,597	13			

En la tabla 11 se observa que, según la prueba ANOVA, no existe diferencia significativa entre la cobertura de Atención Prenatal según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,460$).

Prueba de hipótesis específica 2

H0: No existe diferencia significativa entre la cobertura de Planificación Familiar en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara

H2: Existe diferencia significativa entre la cobertura de Planificación Familiar en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara

Tabla 12.

Estadística descriptiva de la Cobertura de Planificación Familiar según categorías del Primer Nivel de Atención.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
I-1	6	58,3667	15,34323	38,50	76,70
I-2	4	47,7750	21,26035	24,90	70,80
I-3	2	42,1500	8,69741	36,00	48,30
I-4	2	28,3500	9,68736	21,50	35,20
Total	14	48,7357	17,93298	21,50	76,70

En la tabla 12 se observa que el promedio de la cobertura de Planificación Familiar más alto se encuentra en los establecimientos de la categoría I-1, con un valor de $58,3667 \pm 15,343$; mientras que la cobertura más baja se encontró en los establecimientos de la categoría I-4 con un valor de $28,350 \pm 17,9329$.

Tabla 13.

Prueba de ANOVA de la Cobertura de Planificación Familiar según categorías del Primer Nivel de Atención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1478,121	3	492,707	1,823	0,207
Intra-grupos	2702,571	10	270,257		
Total	4180,692	13			

En la tabla 13 se observa que, según la prueba ANOVA, no existe diferencia significativa entre la cobertura de Planificación Familiar según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,207$).

Prueba de hipótesis específica 3

H0: No existe diferencia significativa entre la cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020.

H2: Existe diferencia significativa entre la cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio en los establecimientos del I nivel de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020.

Tabla 14.

Estadística descriptiva de la Cobertura de atención de partos, recién nacido y

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
I-1	6	70,9833	3,05707	65,80	75,00
I-2	4	60,6250	9,34715	46,90	67,90
I-3	2	67,0000	3,39411	64,60	69,40
<i>puerperio según categorías del Primer Nivel de Atención.</i>					
I-4	2	68,7500	8,83883	62,50	75,00
Total	14	67,1357	7,13665	46,90	75,00

En la tabla 14 se observa que el promedio de la cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio más alto se encuentra en los establecimientos de la categoría I-1, con un valor de $70,9833 \pm 3,057$; mientras que la cobertura más baja se encontró en los establecimientos de la categoría I-2 con un valor de $60,625 \pm 9,34715$.

Tabla 15.

Prueba de ANOVA de la Cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio según categorías del Primer Nivel de Atención.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	263,631	3	87,877	2,205	0,150
Intra-grupos	398,481	10	39,848		
Total	662,112	13			

En la tabla 15 se observa que, según la prueba ANOVA, no existe diferencia significativa entre la cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,150$).

V. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos con la prueba de Análisis de Varianzas (ANOVA) en la hipótesis general, no existe diferencia significativa entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal según las categorías existentes en el primer nivel de atención de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020 ($p=0,341$). La ausencia de diferencia significativa podría explicarse porque los establecimientos, a pesar de pertenecer a distintas categorías dentro del primer nivel de atención, no tienen diferencias en cuanto a las características de la población usuaria, y compartían los mismos determinantes sociales. Esto coincide con la correlación encontrada por Tinoco (2018) entre los determinantes sociales de la salud y la cobertura efectiva en un Hospital de Chosica, Lima-Perú ($r=0,502$; $p<0,05$), y resalta la importancia de tratar los problemas de la salud materna desde una perspectiva más integral, que comprenda fenómenos sociales y culturales.

A si mismo los servicios del programa materno perinatal por tener un impacto en la salud pública, priorizo las atenciones en las gestantes, usuarias de métodos anticonceptivos, la atención de parto, puerperio y recién nacido, adecuando las normas, guías técnicas del Minsa, de los servicios de salud sexual y reproductiva, esenciales en situaciones de la pandemia del Covid-19, lo cual se evidencia que no existe diferencia significativa entre la cobertura de los servicios del año 2019-2020 de la Micro Red Kishuara en los 7 establecimientos de salud, ya que desde el ente rector se priorizo estas estrategias, para evitar muertes maternas perinatales, embarazos no deseados.

Sumado a esto los indicadores del área materno se comportan de manera dinámica, en los establecimientos de salud, evidenciándose mayor cobertura en la atención y algunas veces menor cobertura, esto debido a que la población en épocas escolares, fiestas costumbristas, tienden a migrar, la cual se evidencia de manera más enfática en la época de la pandemia del Covid-19.

En relación al objetivo específico 1, según el Análisis de Varianzas (ANOVA), no existe diferencia significativa entre la cobertura de Atención Prenatal según las

categorías existentes en el primer nivel de atención de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020 ($p=0,460$). En el caso de las atenciones prenatales reenfocadas, es decir, las que tuvieron al menos 6 atenciones prenatales, la cobertura más baja se encontró en el Puesto de Salud I-1 Tintay, con apenas 22,0% en el año 2019 y 7,7% en el año 2020, lo cual puede explicarse por el contexto de pandemia en que se encontró el país en dicho año. Por otro lado, Sánchez y col. (2016) en Ecuador, hallaron un 73,1% de gestantes controladas, es decir, con al menos 4 controles prenatales, siendo la falta de control más común entre las mujeres con menor grado de instrucción, las que realizan trabajos en el campo, y las que pertenecen a grupos étnicos o indígenas con costumbres muy distintas a la población de la ciudad. Puede afirmarse, en base a estos resultados, que para el cumplimiento de los indicadores de atención prenatal es necesario afrontar problemas sociales de fondo, los cuales no se solucionarán exclusivamente con un mayor presupuesto o inversión por parte del Estado en el sector salud.

Cuando se analiza la cobertura de atención prenatal en las gestantes adolescentes, los valores son aún más preocupantes. Las coberturas para este grupo de gestantes fueron nulas durante los años 2018 y 2019 en el Puesto de Salud I-3 Matapuquio, y los puestos de salud I-1 Sotccomayo y Tintay; mientras que la cobertura más alta fue reportada en el Puesto de Salud I-2 Quillabamba con 11,1% el año 2019; el cual está por debajo del promedio de gestantes adolescentes a nivel nacional que es del 13,6%, y que se estima es mayor en zonas rurales. Estos resultados coinciden con lo obtenido por Suárez (2019) en localidades con poblaciones menores de 100000 habitantes de México; y en donde menos del 10% de las gestantes adolescentes recibía cobertura continua en salud materna, con diferencia significativa al compararse con las gestantes adultas; sin embargo, cuando se trataba de la atención del recién nacido, esta diferencia desaparece.

En relación al objetivo específico 2, según el Análisis de Varianzas (ANOVA), no existe diferencia significativa entre la cobertura de Planificación Familiar según las categorías existentes en el primer nivel de atención de la Micro Red Kishuara,

Andahuaylas, 2019-2020 ($p=0,207$). Se destaca la baja cobertura de usuarios activos con un método de planificación familiar detectada en el Puesto de Salud I-3 Matapuquio, con valores de 38,5% para el 2019 y 38,0% para el 2020; así como la cobertura nula para métodos anticonceptivos modernos y de larga duración que se apreció en todos los establecimientos I-1 del primer nivel: P.S. Colpa, P.S. Sotccomayo y P.S. Tintay. Además, en casi todos los establecimientos se aprecia una disminución en la cobertura de estos servicios cuando se compara el año 2019 con el 2020, como resultado de las medidas adoptadas ante la pandemia del Covid-19. Estos resultados concuerdan con las conclusiones encontradas por Carmona y col. (2106) en su estudio realizado en Loreto, en el cual evidencia que la alta demanda insatisfecha en los servicios de Planificación Familiar, así como la disminución en el uso de anticonceptivos modernos, es ocasionada por el alto número de mujeres en zonas rurales con bajo nivel educativo que existen en dicha parte del país. Por ello, para mejorar estos indicadores es necesario adoptar un enfoque intercultural que permita a los profesionales de la salud transmitir mejor la información acerca de los métodos anticonceptivos e incrementar la aceptación de los mismos entre las potenciales usuarias. Por otro lado, Florián (2015) en su estudio realizado en Trujillo reporta que los indicadores de Planificación Familiar se encuentran entre los más positivos de dicha parte del país, lo cual puede estar relacionado con el mayor nivel de conocimiento de las usuarias y el hecho de que es una zona más urbana, y como tal, existe una mayor predisposición para elegir métodos anticonceptivos modernos.

El indicador de planificación familiar constituye una propuesta que debe influir no solo en mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas, sino también la educación, en aliviar la pobreza, mejorar el ambiente, y en el desarrollo económico de las naciones; es decir, en un concepto amplio que debe ser tomado en cuenta por quienes tienen la responsabilidad de dirigir nuestros gobiernos, y que son quienes tienen que ver a la planificación desde la perspectiva de considerarla como una herramienta básica para lograr el desarrollo de las naciones de una manera sostenible.

En relación al objetivo específico 3, según el Análisis de Varianzas (ANOVA), no existe diferencia significativa entre la cobertura de atención de partos, recién nacido y puerperio según las categorías existentes en el primer nivel de atención de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas, 2019-2020 ($p=0,150$). Se destaca la alta cobertura de partos institucionales reportada en casi todos los establecimientos con un 100%, a excepción del Puesto de Salud I-2 Cavira que sólo alcanzó un 23,7% el año 2019 y 52,6% el año 2020, lo cual debe ser motivo de observación, ya que en dicha categoría debe existir un licenciado en obstetricia responsable de alcanzar las metas trazadas para dicho indicador. Un resultado muy similar en cuanto a partos institucionales fue reportado en Cuba, por Santana y col. (2018) durante el año 2015, con una cobertura del 99%; lo cual da una idea de la importancia que le dan al Programa Materno Infantil en dicho país. Otro estudio a nivel nacional fue reportado en Trujillo por Florián (2015), quien encontró que los gastos del presupuesto asignado para el Programa Materno Perinatal en dicha jurisdicción sólo permitieron resultados positivos en los indicadores de parto institucional, control durante el puerperio y la atención en Planificación Familiar.

Como complemento de los resultados obtenidos debe mencionarse que, de acuerdo al estudio de Arteta (2016) que analizaba como era el gasto del presupuesto y la cobertura alcanzada en la atención sanitaria materna de los departamentos de mayor pobreza, la distribución del presupuesto era mayor en los departamentos de la costa, mientras que los departamentos de la selva contaban con el menor presupuesto. Además, se resalta que la mayoría de actividades para cumplir los indicadores de salud materna habían incrementado el presupuesto en los últimos años, especialmente para la atención prenatal y sobre todo para la atención del parto, pero ese aumento no se consideró en el caso de los indicadores del postparto. Ello evidencia el interés desigual por los indicadores, que existe entre los responsables de la gestión de los servicios de salud en el área materna, al indicador de parto institucional encontramos que la correlación es buena y positiva no es significativa, esto quiere decir que si existe una relación con aumento del presupuesto para mejorar este indicador. Objetivo del Milenio indica que los factores más estrechamente relacionados y universalmente asociados con la reducción de la morbilidad y la mortalidad

maternas es la atención del parto por personal calificado, lo que contribuye a evitar complicaciones

En estados de pandemia del covid-19 una limitación que se tuvo es que el personal de salud tuvo largas jornadas laborales, en muchos casos sin el equipo apropiado y enfrentando angustia, fatiga, agotamiento ocupacional, incertidumbre, dilemas éticos e inusualmente, estigma, que se manifiesta en violencia física y psicológica por parte de la población.

Se tuvo dificultades en la recolección del instrumento ya que el reporte His Minsa del área materno y el responsable de estadística no actualizo de forma oportuna la base de datos de los indicadores, la insuficiencia de personal de salud a sido tangible, no únicamente en términos de cantidad, también de sus competencias por la pandemia del Covid-19. La inmovilidad no permitió el correcto acceso para la búsqueda de información, algunos establecimientos atendieron solo emergencias la cual afecto la cobertura de las atenciones.

VI. Conclusiones

Primera. La cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal no presenta diferencia significativa cuando se comparan los establecimientos de la Micro Red Kishuara - Andahuaylas, 2019-2020, según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,341$).

Segunda. La cobertura de los indicadores de Atención Prenatal no presenta diferencia significativa cuando se comparan los establecimientos de la Micro Red Kishuara - Andahuaylas, 2019-2020, según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,460$).

Tercera. La cobertura de los indicadores de Planificación Familiar no presenta diferencia significativa cuando se comparan los establecimientos de la Micro Red Kishuara - Andahuaylas, 2019-2020, según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,207$).

Cuarta. La cobertura de los indicadores de Atención del Parto, Recién Nacido y Puerperio no presentan diferencia significativa cuando se comparan los establecimientos de la Micro Red Kishuara - Andahuaylas, 2019-2020, según las categorías existentes en el primer nivel de atención ($p=0,150$).

VII. Recomendaciones

Primera. Desarrollar nuevos estudios similares en otras micro redes de la región Abancay, para establecer comparaciones en torno a la cobertura de los programas de Salud Materno Perinatal, y detectar posibles explicaciones a las bajas coberturas encontradas en ciertos indicadores.

Segunda. Realizar propuestas de mejora para aumentar la cobertura de la atención prenatal en las gestantes adolescentes, las cuales están muy por debajo de lo esperado, y evaluar la existencia de factores socioculturales que pudieran motivar su ausentismo a las atenciones prenatales.

Tercera. Realizar capacitaciones en los establecimientos I-1 del primer nivel de atención en torno a los métodos anticonceptivos modernos y los de larga duración, ya que en ellos la cobertura fue nula.

Cuarta. Evaluar los factores que impiden una cobertura total del control del puerperio, la cual está totalmente desligada de las coberturas de 100% encontradas para los indicadores parto institucional, parto normal y RN vivo atendido en el establecimiento de salud.

Referencias

- Alcalde, J., Lazo, O., Macias, N., Contreras, C., Espinosa, O. (2019). Sistema de salud de Perú: Situación actual, desafíos y perspectivas. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 8 – 18.
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/108/111/>
- Arteta, L.Y. (2016). *Análisis de la intervención del seguro integral de salud en la cobertura de atención sanitaria materna, entre la población de departamentos de mayor pobreza de Perú, años 2002 a 2012*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=111956>
- Carmona G, Aspilcueta J, Cárdenas U, Flores S, Álvarez E, Solary L. (2016). Intervenciones para optimizar la oferta de métodos modernos de planificación familiar en la región tropical de Loreto, Perú. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, 15(30): 142-158.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.ioom>.
- Castro, A. (2020). *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. New York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
<https://www.unicef.org/lac/media/16356/file/cd19-pds-number19-saludunicef-es-003.pdf>
- del Carmen, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 288-295.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>
- Escuela Superior de Administración y Negocios. (2018). *¿Cómo funciona la categorización en establecimientos de salud?* Lima: Conexión ESAN.
<https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/03/como-funcionalacategorizacion-en-establecimientos-de-salud/>
- Florián, E.H. (2015). *Relación entre el gasto de Salud Materno Neonatal y la Cobertura de los indicadores Sanitarios*. (Tesis Doctoral, Universidad

- Nacional De Trujillo). <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/4807>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *No se ofrece atención de salud materna de calidad a las madres más pobres del mundo*. Nueva York: UNICEF. <https://www.unicef.org/peru/comunicadosprensa/noatencion-salud-materna-de-calidad-madres-mas-pobres-mundo>
- García, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2):305. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
- Hernández, A., Vargas, R., & Bendezu, G. (2019). Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, (2), 178-187. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4482>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019a). *Capítulo 4: Planificación Familiar. ENDES, 2019*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/cap004.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019b). *Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019*. Lima: INEI. [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ENDES Primer Semestre 2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018a). *Capítulo 4: Planificación Familiar. ENDES, 2018*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap004.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018b). *Capítulo 8: Salud materna. ENDES, 2018*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Capítulo 8: Salud materna. ENDES, 2017*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Principales Funciones Obstétricas y Neonatales que determinan la Capacidad Resolutiva del Establecimiento de Salud*. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1484/cap05.pdf
- Janampa, E. (2020). Determinants of the level of compliance with the products of the Maternal and Neonatal Health Budget Program at the Madre Niño National Teaching Hospital San Bartolomé, 2016 y 2017. *Rev. Cienc. Tecnol.*, 16(2): 23-32. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/download/2878/3079>
- López, P., García, A.J., Segredo, A.M., Alonso, L., Santana, A. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutiva de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 249-262. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n4/249-262>
- Ministerio de Salud. (2020). *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*. Lima: Minsa. <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=301#>
- Ministerio de Salud. (2019a). *Programa presupuestal 0002. Salud materna neonatal*. Lima: Minsa. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_2.pdf
- Ministerio de Salud. (2019b). *Boletín epidemiológico del Perú. Volumen 28. Semana 52*. Lima: MINSA. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Programación Multianual 2018-2020*. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Minsa. <http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2017/PMSS-2018-2020OGPPM.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). *Norma técnica de salud de planificación familiar*. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Minsa. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Norma Técnica de Salud nº 113. Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Lima: DGIEM-MINSA.

- <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3366.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01*. Lima: UNFPA.
- http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
- Ministerio de Salud. (2010). *Indicadores de Calidad de los Establecimientos con FON y de Proceso – ONU, y Uso de Registros Estandarizados: Módulo 4*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA.
- http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1141_DGSP275-4.pdf
- Ministerio de Salud. (2006). *Norma Técnica de Salud n° 021. Categorías de establecimientos del sector salud*. Lima: MINSA.
- <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Planificación familiar*. Ginebra, Suiza: Centro de prensa de la OMS.
- <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Cobertura de los servicios de salud. Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra, Suiza: OMS. https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017a). *Introducción: Salud Universal*. Washington: Salud en las Américas, OPS. [https://www.paho.org/saludenlas-americas/2017/?post_type=post_t_es&p=2137&lang=es#:~:text=La%20cobertura%20de%20salud%20se,\(incluyendo%20medicamentos\)%20y%20financiamiento](https://www.paho.org/saludenlas-americas/2017/?post_type=post_t_es&p=2137&lang=es#:~:text=La%20cobertura%20de%20salud%20se,(incluyendo%20medicamentos)%20y%20financiamiento).
- Organización Panamericana de la Salud. (2017b). *Cobertura Universal de Salud*. Washington: OPS. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Atención prenatal en atención primaria de la salud*. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Restrepo MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. (2015). Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal,

newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*, 38(1):9–16.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/10003>

Saavedra, J. S., Cesar, J. A., & Linhares, A. O. (2019). Prenatal care in Southern Brazil: coverage, trend and disparities. *Revista de saude publica*, 53, 40.

<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000968>

Sánchez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva LC, Tamayo S, Jacobson JO, et al. (2016). Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 40(5):341–6.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31376>

Santana MC, Esquivel M, Herrera VR, Castro BL, Machado MC, Cintra D, et al. (2018). Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*, 42: e27.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>.

Suárez L, de Castro F, Hubert C, de la Vara E, Villalobos A, Hernández MI, Shamah T, Ávila L. (2019). Atención en salud materno-infantil y maternidad adolescente en localidades menores de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex*, 61:753-763. <https://doi.org/10.21149/10551>.

Tinoco, L. S. (2018) *Modelo de Cobertura Efectiva y los Determinantes Sociales de Salud, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica*. (Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo).

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/21518>

Velázquez, A., Suarez, D., Nepo, E. (2016) Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(3), 546–55.

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>

Anexos

Anexo 3

Matriz de operacionalización de variables

Variable 1: Cobertura de servicios de salud: Capacidad de respuesta que tiene el sistema de salud a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de recursos materiales y humanos, medicamentos, tecnologías de la salud y apoyo financiero (OPS, 2017a).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en términos generales, “los indicadores de cobertura son calculados a partir de la división del número de personas que reciben una intervención específica, entre la población que la necesita o tiene derecho a recibirla. Las principales fuentes de datos para obtener estos indicadores corresponden a las encuestas de hogares (OMS, 2009)”.

Dimensiones	indicadores	Ítems	Niveles o rangos
<p>1. Atención prenatal: La OPS (2011) define a la atención prenatal como el número de atenciones, acciones asistenciales, entrevistas o visitas programadas con el equipo profesional de salud, que contribuye con un adecuado control de la evolución del embarazo, preparación para el parto y crianza del recién nacido (RN), con la finalidad de reducir los riesgos que se presenta en el proceso fisiológico en el embarazo. El objetivo principal de la atención integral de salud materna consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puede condicionar a una mortalidad materna y perinatal (MINSA, 2013).</p>	1. Gestantes reenfocadas	Nº de gestantes con atención prenatal reenfocada *100/ total de gestantes atendidas	Razón
	2. Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más controles prenatales.	Nº de gestantes con SF en 4 o más CPN *100/total de gestantes atendidas	
	3. Gestantes con complicaciones	Nº de gestantes con complicaciones que recibieron tratamiento* 100/ total de gestantes con complicaciones	
	4. Gestantes adolescentes	Nº de gestantes adolescentes * 100 /Nº total de gestantes atendidas	

<p>2. Planificación familiar: EL MINSA (2017) define a la planificación familiar como: “Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y</p>	<p>1. Usuarios activos de métodos de Planificación Familiar</p>	<p>Nº de usuarias activas de métodos de PPF* 100/ Total de parejas programadas</p>	<p>Razón</p>
<p>hombres en edad fértil, dentro de las cuales se encuentra la información, educación, orientación/consejería y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos” (p. 17).</p>	<p>2. Usuarios que reciben orientación en Planificación familiar</p>	<p>Nº de usuarios que recibieron orientación en PPF* 100/ Total de MEF programadas</p>	
	<p>3. Usuarios activos de métodos modernos de Planificación Familiar</p>	<p>Nº de usuarias activas de métodos modernos de PPF* 100/ Total de parejas programadas</p>	
	<p>4. Usuarios activos de métodos de larga duración</p>	<p>Nº de usuarios activos de métodos LARC * 100/ Total de parejas programadas</p>	
	<p>5. Usuarios activos de métodos de barrera de Planificación Familiar</p>	<p>Nº de usuarios activos de métodos de barrera* 100/ Total de parejas programadas</p>	
<p>3. Atención del parto, recién nacido y puerperio: En relación a la atención del parto normal, el MINSA la define como la “el número de atenciones que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso del parto vaginal”, el cual debe ser realizado por profesionales de la salud especializados como los gineco obstetras, obstetras y los médicos cirujanos capacitados. Sólo en situaciones de emergencia o</p>	<p>1. Partos institucionales</p>	<p>Nº de partos institucionales atendidos* 100/ total de partos</p>	<p>Razón</p>
<p>2. Partos normales</p>	<p>Nº de partos normales* 100/ PE</p>		
<p>3. Puerperio</p>	<p>Nº de puérperas controladas* 100/ total de partos institucionales y domiciliarios</p>		

ausencia del personal especializado, puede ser atendido por cualquier otro profesional de salud, respetando en todo momento la adecuación intercultural (MINSa, 2019a).	4.Puerperio con complicaciones	Nº de puérperas con complicaciones que recibieron tratamiento/Total de puérperas con complicaciones	
	5.Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud	Nº de RN atendidos en EESS* 100/ PE	
<p>Para el caso de la atención del recién nacido normal, el MINSa (2019a) lo define como: “...el número de recién nacidos, conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos desarrollados en los establecimientos de salud, enfocados en la atención del Recién Nacido Normal o Vigoroso(a), producto del parto vaginal o cesárea, el mismo que para ser considerado como tal debe tener una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, pero no mayor de 42 semanas, es decir, nacido a término, con examen físico normal...” (p. 66).</p> <p>Por otro lado, para el MINSa (2019a) la atención del puerperio normal son el número de puérperas, atenciones por consulta externa que los gineco obstetras, obstetras y los médicos cirujanos capacitados proporcionan a la puérpera; a partir de los establecimientos de salud nivel I.</p>	6.Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación	Nº de RN vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos	

Anexo 4

Instrumentos de recolección de datos

Indicadores de cobertura	I-4		I.3		I-2				I-1					
	C.S. Kishuara		P.S. Matapuquio		P.S. Quillabamba		P.S. Cavira		P.S. Colpa		P.S. Sotccomayo		P.S. Tintay	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Gestantes refocadas														
Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más CPN														
Gestantes con complicaciones														
Gestantes adolescentes														
Partos institucionales														
Partos normales														
Puerperio														
Puerperio con complicaciones														
Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud														
Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación														
Usuaris activas de métodos de Planificación Familiar														
Usuaris que reciben orientación en Planificación familiar														

Usuaris activas de métodos modernos de Planificación Familiar														
Usuaris activas de métodos de larga duración														
Usuaris activas de métodos de barrera de Planificación Familiar														

Anexo 4 Instrumentos de recolección de dato

Indicadores de cobertura	I-4			I-3			I-2			I-1			Cobertura de la Micro Red		
	2019	2020	Prom.	2019	2020	Prom.									
Gestantes refocadas															
Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más CPN															
Gestantes con complicaciones															
Gestantes adolescentes															
Partos institucionales															
Partos normales															
Puerperio															
Puerperio con complicaciones															
Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud															
Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación															
Usuaris activas de métodos de Planificación Familiar															
Usuaris que reciben orientación en Planificación familiar															
Usuaris activas de métodos modernos de Planificación Familiar															
Usuaris activas de métodos de larga duración															
Usuaris activas de métodos de barrera de Planificación Familiar															

Certificado de validez

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / datos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Atención prenatal:							
1	Nº de gestantes con atención prenatal reenforcada *100/ total de gestantes atendidas	X		X		X		
2	Nº de gestantes con sulfato ferroso en 4 o más controles prenatales *100/total de gestantes atendidas	X		X		X		
3	Nº de gestantes con complicaciones que recibieron tratamiento* 100/ total de gestantes con complicaciones	X		X		X		
4	Nº de gestantes adolescentes * 100 /Nº total de gestantes atendidas	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Planificación Familiar	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Nº de usuarios activas de métodos de planificación familiar* 100/ Total de parejas programadas	X		X		X		
6	Nº de usuarios que recibieron orientación en planificación familiar * 100/ Total de MEF programadas	X		X		X		
7	Nº de usuarios activas de métodos modernos de planificación familiar * 100/ Total de parejas programadas	X		X		X		
8	Nº de usuarios activas de métodos LARC * 100/ Total de parejas programadas	X		X		X		
9	Nº de usuarios activas de métodos de barrera* 100/ Total de parejas programadas	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3	Si	No	Si	No	Si	No	

Anexo 5

10	Nº de partos institucionales atendidos* 100/ total de partos	X		X		X		
11	Nº de partos normales* 100/ PE	X		X		X		
12	Nº de puérperas controladas* 100/ total de partos institucionales y domiciliarios	X		X		X		
13	Nº de puérperas con complicaciones que recibieron tratamiento/Total de puérperas con complicaciones	X		X		X		
14	Nº de recién nacidos atendidos en EESS* 100/ PE	X		X		X		
15	Nº de recién nacidos vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MILUSKA VEGA GUEVARA **DNI:** 28284526

Especialidad del validador: Metodología de la investigación

29 de octubre del

2020 ¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo



³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo. **Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión. **Firma del Experto Informante.**

Certificado de validez

Nº	DIMENSIONES / datos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Atención prenatal:							
1	Nº de gestantes con atención prenatal reenfocada *100/ total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
2	Nº de gestantes con sulfato ferroso en 4 o más controles prenatales *100/total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
3	Nº de gestantes con complicaciones que recibieron tratamiento* 100/ total de gestantes con complicaciones	✓		✓		✓		
4	Nº de gestantes adolescentes * 100 /Nº total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Planificación Familiar							
5	Nº de usuarios activas de métodos de planificación familiar* 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
6	Nº de usuarios que recibieron orientación en planificación familiar * 100/ Total de MEF programadas	✓		✓		✓		
7	Nº de usuarios activas de métodos modernos de planificación familiar * 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
8	Nº de usuarios activas de métodos LARC * 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		

Anexo 5

9	Nº de usuarios activas de métodos de barrera* 100/ Total de parejas programadas	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	DIMENSIÓN 3	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Nº de partos institucionales atendidos* 100/ total de partos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Nº de partos normales* 100/ PE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
12	Nº de puérperas controladas* 100/ total de partos institucionales y domiciliarios	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Nº de puérperas con complicaciones que recibieron tratamiento/Total de puérperas con complicaciones	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
14	Nº de recién nacidos atendidos en EESS* 100/ PE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
15	Nº de recién nacidos vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): EL INSTRUMENTO ES SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./^(Mg) EMILIO OSWALDO VEGA GONZALES
DNI: 80651413

Especialidad del validador: MAESTRÍA EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

27 de 10 del 2020

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Obst. Emilio Vega Gonzales
Maestro en Docencia e Investigación
en Salud
Firma del Experto Validante.

Certificado de validez

Anexo 5

ESUELA DE POSGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

N°	DIMENSIONES / datos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1 Atención prenatal: N° de gestantes con atención prenatal reenfocada *100/ total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
2	N° de gestantes con sulfato ferroso en 4 o más controles prenatales *100/total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
3	N° de gestantes con complicaciones que recibieron tratamiento* 100/ total de gestantes con complicaciones	✓		✓		✓		
4	N° de gestantes adolescentes * 100 /N ° total de gestantes atendidas	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Planificación Familiar	Si	No	Si	No	Si	No	
5	N° de usuarios activas de métodos de planificación familiar* 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
6	N° de usuarios que recibieron orientación en planificación familiar * 100/ Total de MEF programadas	✓		✓		✓		
7	N° de usuarios activas de métodos modernos de planificación familiar * 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
8	N° de usuarios activas de métodos LARC * 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
9	N° de usuarios activas de métodos de barrera* 100/ Total de parejas programadas	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3	Si	No	Si	No	Si	No	
10	N° de partos institucionales atendidos* 100/ total de partos	✓		✓		✓		
11	N° de partos normales* 100/ PE	✓		✓		✓		
12	N °de puérperas controladas* 100/ total de partos institucionales y domiciliarios	✓		✓		✓		
13	N ° de puérperas con complicaciones que recibieron tratamiento/Total de puérperas con complicaciones	✓		✓		✓		
14	N° de recién nacidos atendidos en EESS* 100/ PE	✓		✓		✓		
15	N° de recién nacidos vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos	✓		✓		✓		

Anexo 5

ANEXO: 06 VALIDEZ DE LOS EXPERTOS

N.º	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	ESPECIALIDAD
1.	Mg. Miluska Vega Guevara	28284526	MAESTRIA EN DOCENCIA
2.	Mg. EMILIO VEGA GONZALES	80651413	METODÓLOGO DE INVESTIGACION
3.	Mg. JIMMY PALACIOS TORRES	41611359	MAESTRIA EN GESTIÓN PUBLICA

Anexo: 07 Matriz de Consistencia

Título: Cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.

Autor: Rodney Luzgardenia Cavero Hurtado

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables				
¿Existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del programa materno perinatal en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020?	Establecer si existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.	Existen diferencias significativas entre la cobertura de los servicios del programa materno perinatal en los establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.	Variable 1: Cobertura de los servicios del Programa Materno Perinatal.				
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Dimensiones	Indicador	Ítems	Escala	Nivel y rangos
¿Existen diferencias significativas en la atención prenatal que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020?	¿Comparar la Cobertura de atención prenatal que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020?	Existe diferencia significativa de la cobertura de Atención prenatal que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.	Atención prenatal	1.Gestantes reenfocadas 2. Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más controles prenatales 3.Gestantes con complicaciones 4.Gestantes adolescentes	1-4		
			Planificación	5.Usuarios	5-9		

<p>¿Existen diferencias significativas en la planificación familiar que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red</p>	<p>¿Comparar la Cobertura de acceso a métodos de planificación familiar que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara,</p>	<p>Existe diferencia significativa de la cobertura del acceso a métodos de planificación que se brinda en Establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1220 159 1384 414">Familiar</td> <td data-bbox="1384 159 1556 414"> activos de métodos de Planificación Familiar 6.Usuarios que reciben orientación en Planificación familiar </td> <td data-bbox="1556 159 1630 414"></td> <td data-bbox="1630 159 1823 414"></td> <td data-bbox="1823 159 2056 414"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" data-bbox="1220 414 2056 480"></td> </tr> </table>	Familiar	activos de métodos de Planificación Familiar 6.Usuarios que reciben orientación en Planificación familiar								
Familiar	activos de métodos de Planificación Familiar 6.Usuarios que reciben orientación en Planificación familiar												

Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020?	Andahuaylas entre los años 2019-2020?			7.Usuarios activos de métodos modernos de Planificación Familiar		Reporte HIS MINSA
¿Existen diferencias significativas en la atención de partos, recién nacidos y puerperio que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020?	Comparar la Cobertura de la atención de partos, puerperio, recién nacido que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, ¿Andahuaylas entre los años 2019-2020?	Existe diferencia significativa de la cobertura de atención de partos, puerperio, recién nacido que se brinda en establecimientos de salud de nivel I de la Micro Red Kishuara, Andahuaylas entre los años 2019-2020.		8.Usuarios activos de métodos de larga duración		
				9.Usuarios activos de métodos de barrera de Planificación Familiar		

			<p>Atención de partos, Recién nacidos, puerperio.</p>	<p>10.Partos institucionales 11.Partos normales 12.Puerperio 13.Puerperio con complicaciones 14.Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud 15.Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación</p>	<p>10-15</p>	
--	--	--	---	---	--------------	--

Anexo 8

Ficha técnica del instrumento para medir la cobertura de los servicios de salud

Nombre: Ficha de recolección de la cobertura de los servicios de salud materna
 Autora: Rodney Luzgardenia Caveró Hurtado (2020)
 Lugar: Apurímac, Perú
 Fecha: Octubre del 2020
 Objetivo: Medir los distintos indicadores de la cobertura de servicios de salud relacionados con la salud materna.
 Fuente: Bases de datos y reportes estadísticos.
Operacionalización de la variable Cobertura de los servicios de salud materna

		ITEMS	Escala
Dimensiones	Indicadores		
Dimensión 1: Atención prenatal	1: Gestantes reenforcadas	Nº de gestantes con atención prenatal reenforcada * 100/ total de gestantes atendidas	Razón
	Gestantes con sulfato ferroso en 4 o más CPN	Nº de gestantes con SF en 4 o más CPN * 100/total de gestantes atendidas	gestantes
	Gestantes con complicaciones	Nº de gestantes con complicaciones que recibieron tratamiento* 100/ total de gestantes con complicaciones	
	Gestantes adolescentes	Nº de gestantes adolescentes * 100 /Nº total de gestantes atendidas	
Dimensión 2: Atención del parto, recién nacido y puerperio	Partos institucionales	Nº de partos institucionales atendidos* 100/ total de partos	Razón
	Partos normales	Nº de partos normales* 100/ PE	nºde puérperas
	Puerperio	controladas* 100/ total de partos institucionales y domiciliarios	

n ° de puérperas con complicaciones que recibieron
tratamiento/Total de puérperas con complicaciones

Recién nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud

Nº de RN atendidos en EESS* 100/ PE

Recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación

Nº de RN vivos menores de 37 ss.*100/ total de partos

Dimensión 3:
Planificación familiar

Usuarías activas de métodos de Planificación Familiar

Nº de usuarias activas de métodos de PPF* 100/ Total de Razón
parejas programadas

Usuarías que reciben orientación en Planificación familiar

Nº de usuarias que recibieron orientación en PPF* 100/
Total de MEF programadas

Usuarías activas de métodos modernos de Planificación Familiar

Nº de usuarias activas de métodos modernos de PPF*
100/ Total de parejas programadas

Usuarías activas de métodos de larga duración

Nº de usuarias activas de métodos LARC * 100/ Total de parejas
programadas

Usuarías activas de métodos de barrera de Planificación Familiar

Nº de usuarias activas de métodos de barrera* 100/ Total
de parejas programadas

Anexo 9

Autorización de aplicación del instrumento firmado por la respectiva autoridad

 **GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**
Dirección Sub Regional de Salud Chanka Andahuaylas
Red de Salud Sondor
Micro Red de Salud Kishuara
"Año de la Universalización de la Salud" 

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, **PAMELLA ALVAREZ DE LA CRUZ**, Gerenta de la Micro Red Kishuara, manifiesto que he sido informada sobre el trabajo de investigación que titula **"COBERTURA DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MATERNO PERINATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I DE LA MICRO RED KISHUARA, ANDAHUAYLAS ENTRE LOS AÑOS 2019-2020"**, A su vez, acepto conocer que este trabajo de investigación es de autoría de la Obstetra: **RODNEY LUZGARDENIA CAVERO HURTADO**, tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a recoger la información que sea necesario para su investigación.

Andahuaylas, 01 de diciembre del 2020




FIRMA

Dirección: Jr Andahuaylas / Kishuara – Andahuaylas - Apurímac

Anexo 9

Constancia

 **GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**
Dirección Sub Regional de Salud Chanka Andahuaylas
Red de Salud Sendor
Micro Red de Salud Kishuara
"Año de la Universalización de la Salud" 

Constancia

LA GERENTE DE LA MICRO RED KISHUARA SUSCRIBE:
HACE CONSTATAR:

Que la Srta. **RODNEY LUZGARDENIA CAVERO HURTADO**, identificado con DNI N° 43283942, ha cumplido con realizar y aplicar sus instrumentos a fin de realizar su estudio de investigación denominado **"COBERTURA DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA MATERNO PERINATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE NIVEL I DE LA MICRO RED KISHUARA, ANDAHUAYLAS ENTRE LOS AÑOS 2019-2020"**

Se otorga la presente a solicitud de la interesada, para los fines que crea conveniente.

Kishuara, 20 de diciembre del 2020.


 Lic. Patricia Susana Cruz
C.P. 61909
GERENTE

Dirección: Jr Andahuaylas / Kishuara – Andahuaylas - Apurímac

Anexo 10 Evidencia del tratamiento estadístico Base de datos

Matriz LuzGardenia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Nivel	Cadena	1	0		{1, 1-1}...	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
2	NivelEESS	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Año	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
4	EESS	Cadena	14	0		Ninguno	Ninguno	12	Izquierda	Nominal	Entrada
5	Gestreenfo	Numérico	8	2	Gestantes reen...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
6	Gestsulfato	Numérico	8	2	Gestantes con ...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
7	Gestcompli	Numérico	8	2	Gestantes con ...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
8	Gestadoles	Numérico	8	2	Gestantes adol...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
9	CoberturaAPN	Numérico	8	2	Cobertura prom...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
10	UsuariosMAC	Numérico	8	2	Usuanios activo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
11	UsuariosOrien	Numérico	8	2	Usuarios que re...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
12	UsuariosMe...	Numérico	8	2	Usuarios activo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
13	UsuariosMLD	Numérico	8	2	Usuarios activo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
14	UsuariosMe...	Numérico	8	2	Usuarías activo...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
15	CoberturaP...	Numérico	8	2	Cobertura Prom...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
16	Partosinst	Numérico	8	2	Partos instituci...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
17	Partosnorm	Numérico	8	2	Partos normales	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
18	Puerperio	Numérico	8	2	Puerperio	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
19	Puerperioco...	Numérico	8	2	Puerperio con c...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	RInvosaten	Numérico	8	2	Recién nacidos...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
21	RInvosmen...	Numérico	8	2	Recién nacidos...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
22	CoberturaP...	Numérico	8	2	Cobertura Parto...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
23	CoberturaM...	Numérico	8	2	Cobertura Servi...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

ESP 05:06

Base de datos

*Matriz LuzGardenia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 23 de 23 variables

	Nivel	NiveLES	Año	EESS	Gestreenf	Gestsuffa	Gestcom	Gestadol	Cobertura	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Cobertura
		S			o	to	pli	es	APN	MAC	Orien	Metmoder	MLD	Metbar	PPFF
1	1	1	2019	P.S. Colpa	58,30	58,30	,00	,00	52,80	45,60	76,40	,00	,00	55,00	75,90
2	1	1	2020	P.S. Colpa	26,70	26,70	100,00	7,70	36,90	47,10	32,30	,00	,00	45,00	55,40
3	1	1	2019	P.S. Sotcomayo	53,80	70,00	100,00	,00	47,20	100,00	91,60	,00	,00	50,00	47,10
4	1	1	2020	P.S. Sotcomayo	33,30	33,30	100,00	,00	20,00	72,30	57,60	,00	,00	50,00	38,50
5	1	1	2019	P.S. Tinta	20,00	20,00	100,00	,00	47,80	79,50	36,40	,00	,00	60,00	76,70
6	1	1	2020	P.S. Tinta	7,70	7,70	100,00	,00	38,50	54,50	9,90	,00	,00	42,90	56,60
7	2	2	2019	P.S. Quillabam	40,00	40,00	100,00	11,10	50,00	92,30	91,40	50,00	50,00	100,00	70,80
8	2	2	2020	P.S. Quillabam	23,10	23,10	100,00	7,70	41,60	97,10	35,90	50,00	50,00	50,00	60,00
9	2	2	2019	P.S. Cávira	50,00	50,00	100,00	,00	29,20	94,10	94,60	50,00	50,00	65,40	35,40
10	2	2	2020	P.S. Cávira	42,90	40,90	77,80	4,80	40,30	82,40	39,70	50,00	50,00	77,80	24,90
11	3	3	2019	P.S. Matapuqui	44,40	44,40	100,00	,00	56,00	38,50	8,50	53,60	96,70	38,50	48,30
12	3	3	2020	P.S. Matapuqui	40,00	40,00	,00	,00	41,70	38,00	3,90	67,90	63,30	19,20	36,00
13	4	4	2019	C.S. Kishuara	51,90	51,90	100,00	7,40	35,00	54,50	100,10	100,00	90,00	34,60	35,20
14	4	4	2020	C.S. Kishuara	32,50	32,50	80,00	2,50	28,80	46,00	50,00	85,70	80,00	15,40	21,50
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															

Vista de datos Vista de variables

Ve a Configuración para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

*Matriz LuzGardenia.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 23 de 23 variables

	Cobertura	Partosins	Partosnor	Puerperio	Puerperio	RNivosat	RNivosm	Cobertura	Cobertura	var						
	PPFF	t	m	compl	en	enores37	PRNP	MatPer								
1	75,90	100,00	100,00	71,40	100,00	100,00	,00	72,20	67,00							
2	55,40	100,00	100,00	75,00	,00	100,00	12,50	65,80	52,70							
3	47,10	100,00	100,00	58,30	100,00	100,00	,00	70,80	55,10							
4	38,50	100,00	100,00	77,80	100,00	100,00	,00	72,10	43,50							
5	76,70	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	75,00	66,50							
6	56,60	100,00	100,00	50,00	100,00	100,00	,00	70,00	55,00							
7	70,80	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	63,90	61,60							
8	60,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00	,00	63,80	55,10							
9	35,40	23,70	100,00	55,60	100,00	100,00	,00	67,90	44,10							
10	24,90	52,60	100,00	55,00	100,00	100,00	,00	46,90	37,30							
11	48,30	100,00	100,00	83,30	100,00	100,00	,00	64,60	56,30							
12	36,00	100,00	100,00	88,20	100,00	100,00	,00	69,40	49,00							
13	35,20	100,00	100,00	88,90	100,00	100,00	,00	75,00	48,40							
14	21,50	100,00	94,60	55,30	100,00	100,00	7,90	62,50	37,60							
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																

Vista de datos Vista de variables

Ve a Configuración para activar Windows.

Área del procesador IBM SPSS Statistics Área del procesador listo Unicode:ON

Base de datos de los resultados spss

spv [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor



[Conjunto_de_datos0]

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cobertura promedio Atención Prenatal	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
Cobertura Promedio Planificación Familiar	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
Cobertura Parto, RN y Puerperio	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.
Cobertura promedio Atención Prenatal	Media	40,4143	2,68758
	Intervalo de confianza para la media al 95%	34,6081	
		Límite inferior	46,2204
		Límite superior	46,2204
	Media recortada al 5%		
	Mediana	40,6825	
	Varianza	40,9500	
	Desv. típ.	101,123	
	Mínimo	10,05599	
	Máximo		
	Rango	20,00	
Amplitud intercuartil	56,00		

		36,00	
		14,80	
	Asimetría	-,389	,597
	Curtosis	-,193	1,154
Cobertura Planificación Familiar	Promedio		
	Media	48,7357	4,79279
	Intervalo de confianza para la media al 95%		
	Límite inferior	38,3815	
	Límite superior	59,0899	
	Media recortada al 5%	48,6952	
	Mediana	47,7000	
	Varianza	321,592	
	Desv. típ.	17,93298	
	Mínimo	21,50	
	Máximo	76,70	
	Rango	55,20	
	Amplitud intercuartil	27,35	
	Asimetría	,204	,597
	Curtosis	-1,012	1,154
Cobertura Parto, RN y Puerperio			
	Media	67,1357	1,90735
	Intervalo de confianza para la media al 95%		
	Límite inferior	63,0151	
	Límite superior	71,2563	
	Media recortada al 5%	67,8230	
	Mediana	68,6500	
	Varianza		
		50,932	

	Desv. típ.		7,13665	
	Mínimo		46,90	
	Máximo		75,00	
	Rango		28,10	
	Amplitud intercuartil		8,25	
	Asimetría		-1,769	,597
	Curtosis		4,538	1,154
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	Media		52,0857	2,51870
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	46,6444	
		Límite superior	57,5270	
	Media recortada al 5%		52,0786	
	Mediana		53,8500	
	Varianza		88,814	
	Desv. típ.		9,42410	
	Mínimo		37,30	
	Máximo		67,00	
	Rango		29,70	
	Amplitud intercuartil		13,67	
	Asimetría		-0,018	,597
	Curtosis		-0,692	1,154

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
--	---------------------------------	--------------

	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cobertura promedio Atención Prenatal	,107	14	,200*	,976	14	,949
Cobertura Promedio Planificación Familiar	,144	14	,200*	,947		,510
Cobertura Parto, RN y Puerperio	,187	14	,200*	,838	14	,015
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	,121	14	,200*	,953	14	,602

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera. a.
Corrección de la significación de Lilliefors

Cobertura promedio Atención Prenatal

Gráfico Q-Q normal de Cobertura promedio Atención Prenatal

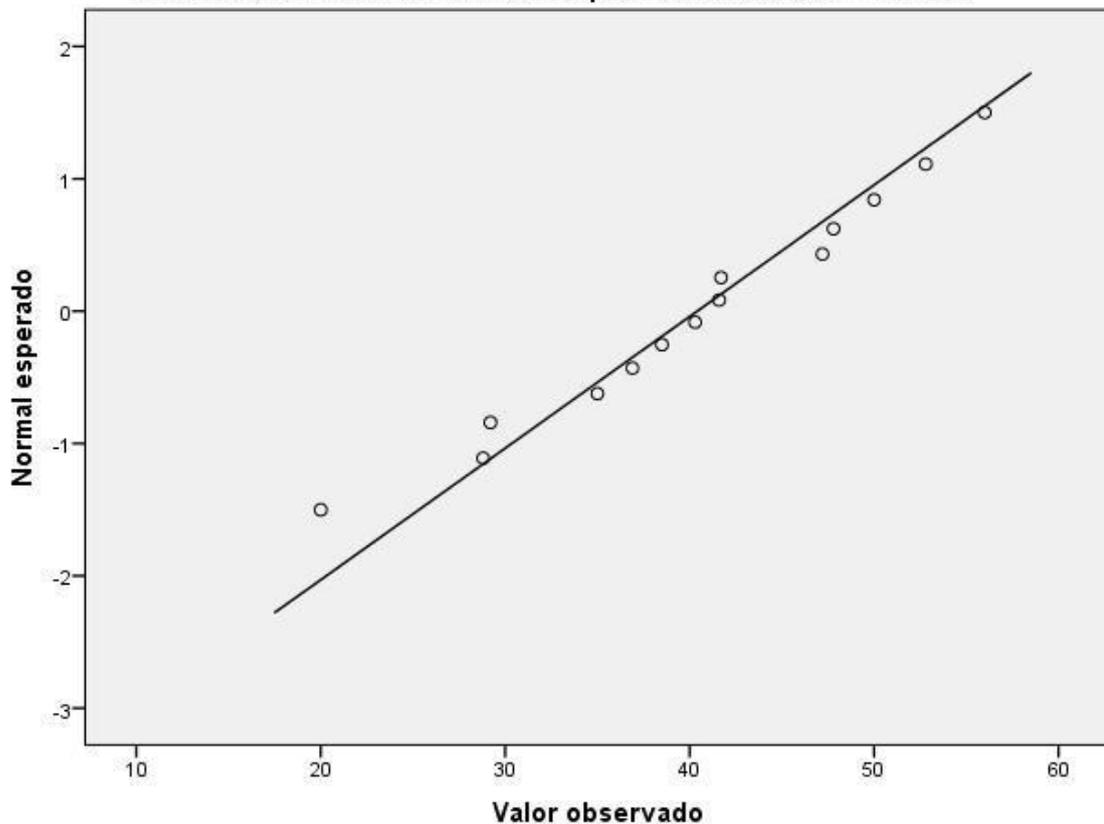
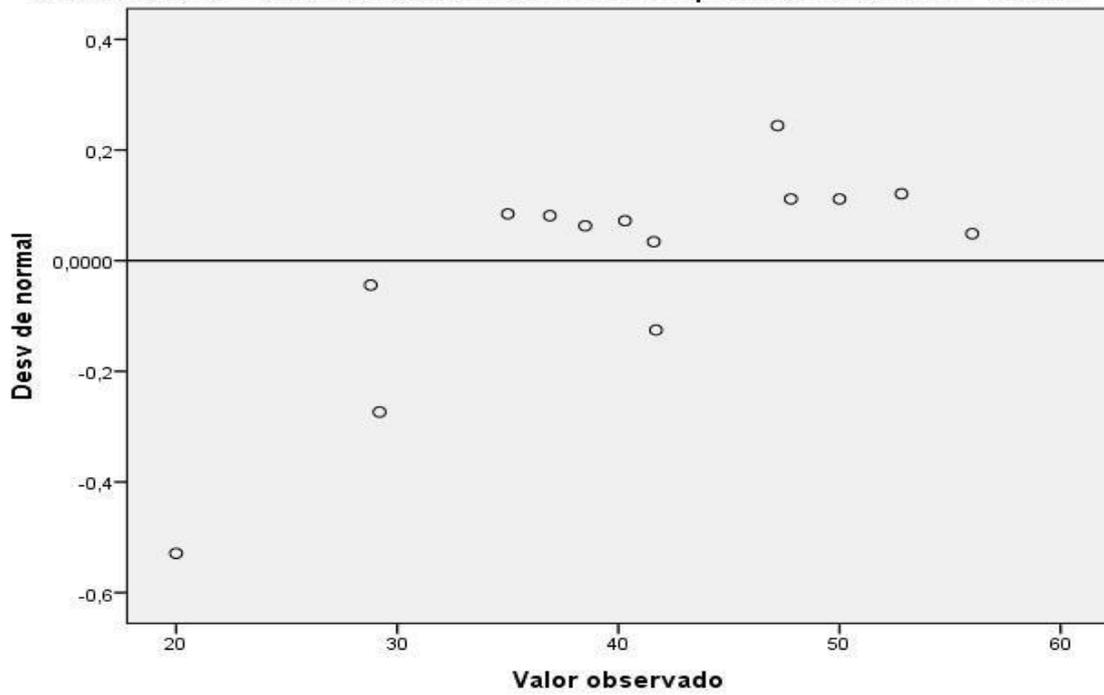


Gráfico Q-Q normal sin tendencias de Cobertura promedio Atención Prenatal



Cobertura Promedio Planificación Familiar

Gráfico Q-Q normal de Cobertura Promedio Planificación Familiar

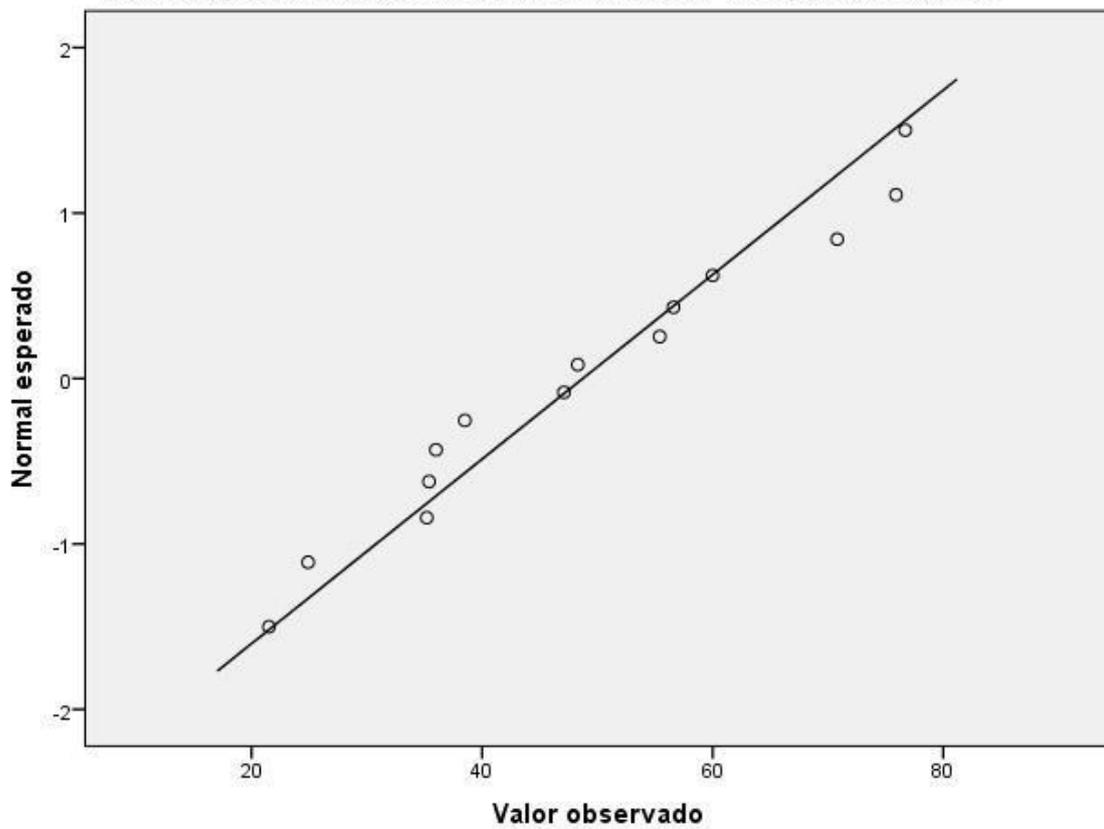
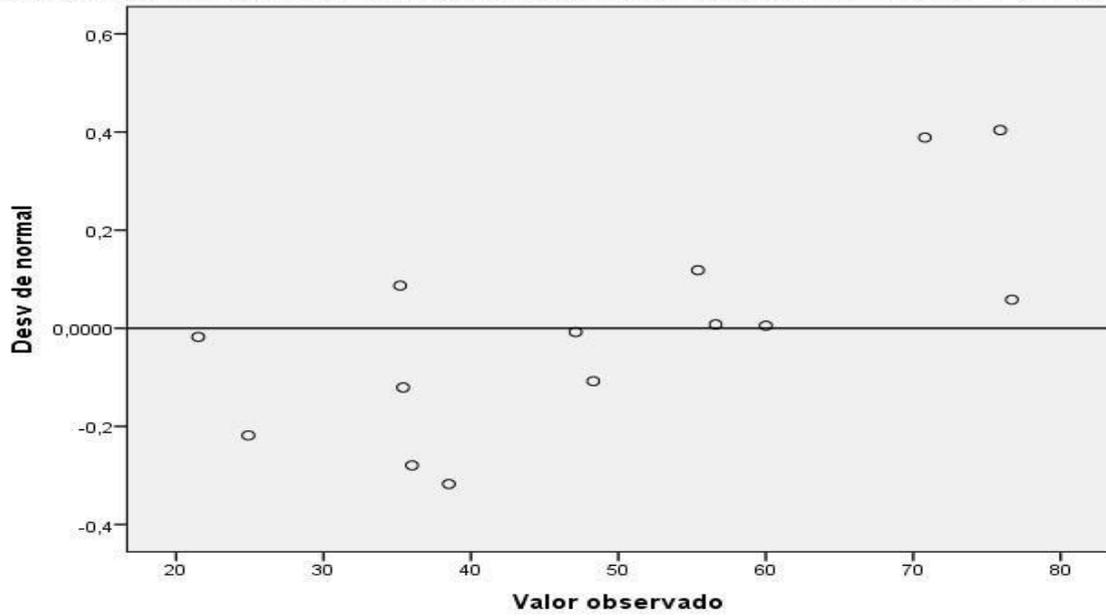
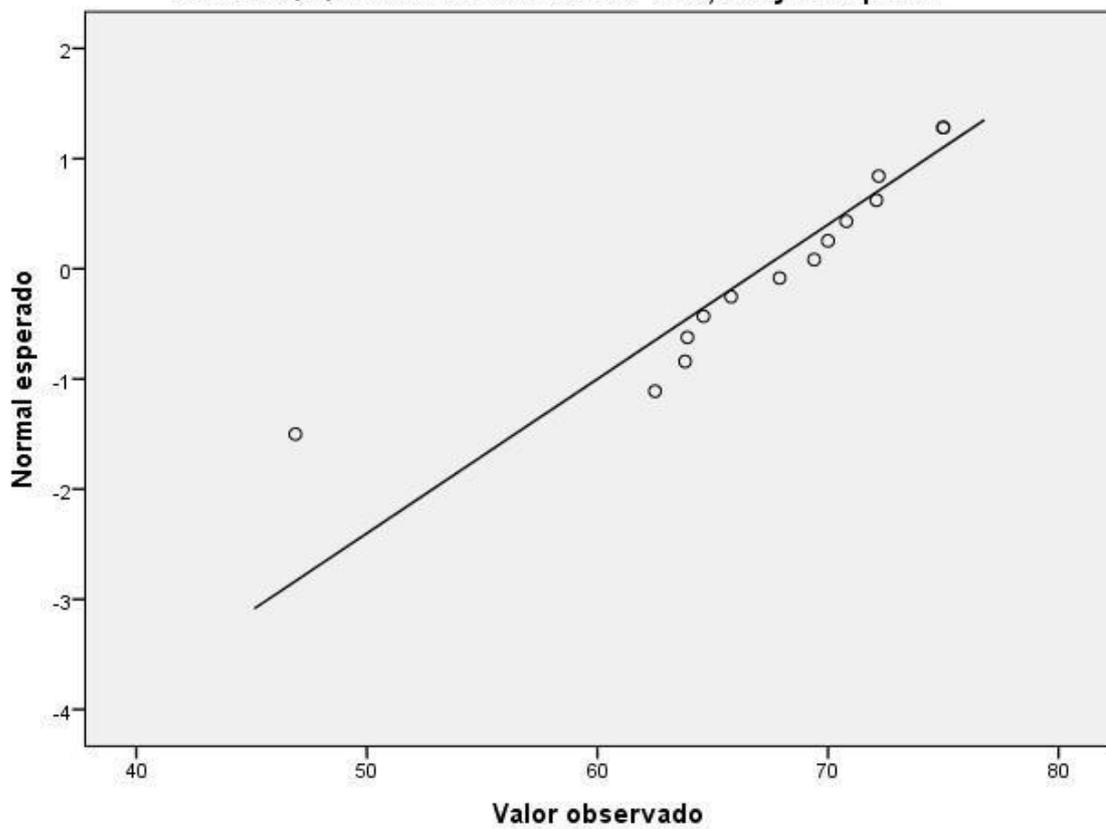


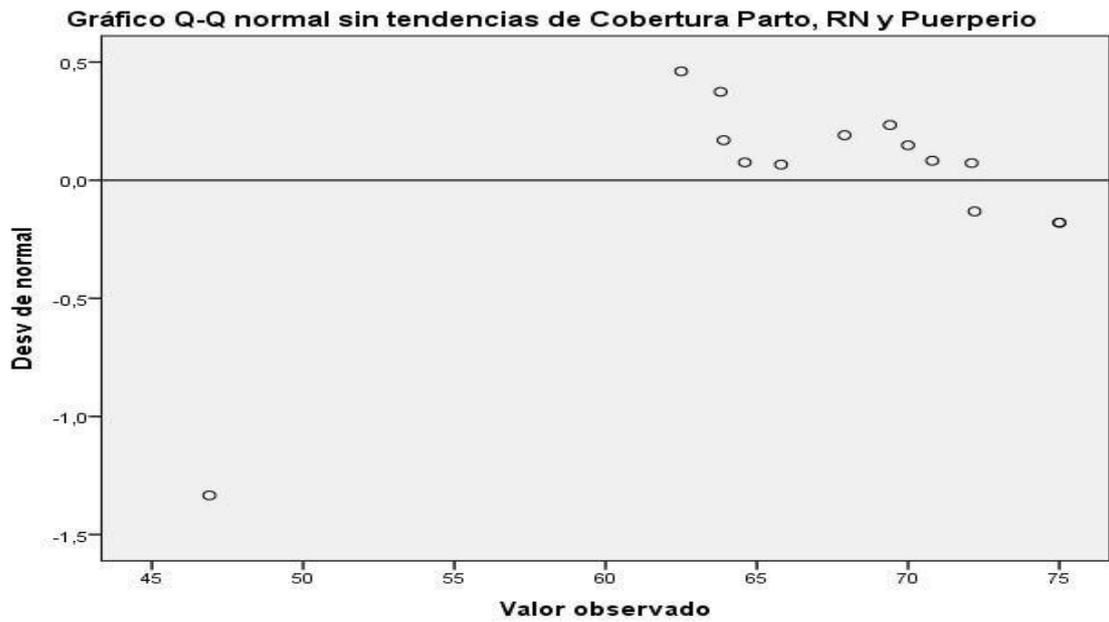
Gráfico Q-Q normal sin tendencias de Cobertura Promedio Planificación Familiar



Cobertura Parto, RN y Puerperio

Gráfico Q-Q normal de Cobertura Parto, RN y Puerperio





Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal

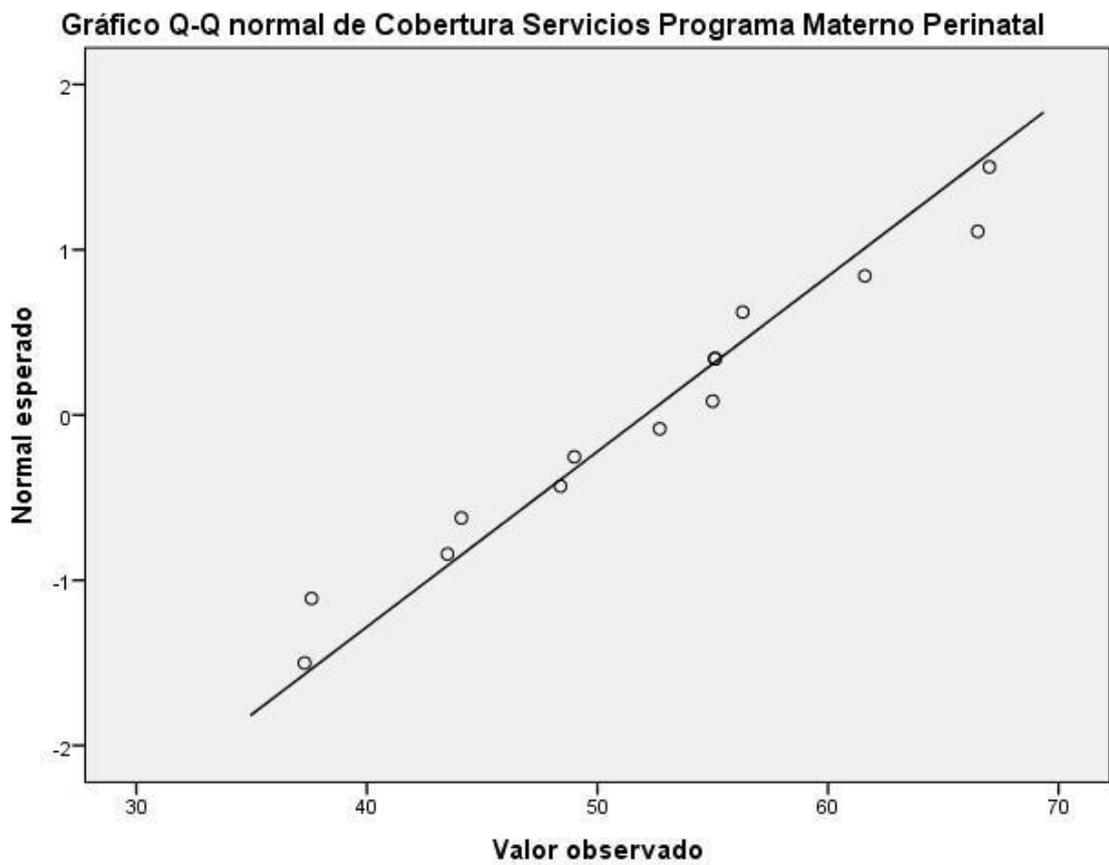
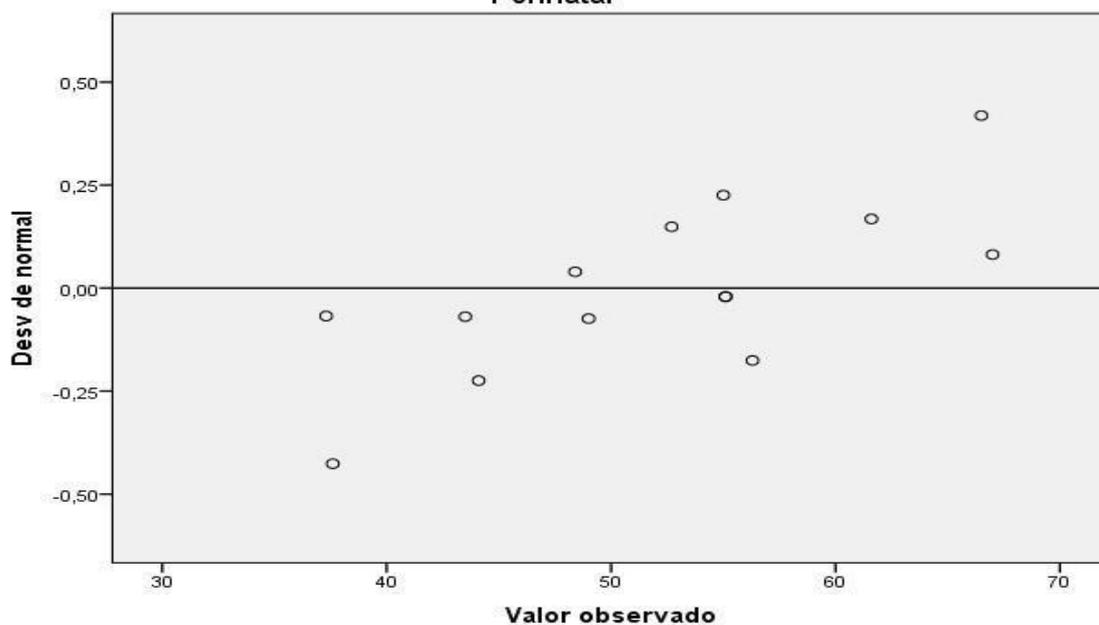


Gráfico Q-Q normal sin tendencias de Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cobertura promedio Atención Prenatal	14	20,00		40,4143	10,05599
Cobertura Promedio Planificación Familiar	14	21,50	56,00	48,7357	17,93298
Cobertura Parto, RN y Puerperio	14		76,70	67,1357	
		46,90	75,00		7,13665
			67,00		
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	14	37,30		52,0857	9,42410
N válido (según lista)	14				

Estadísticos descriptivos

Nivel	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
I-1 Cobertura promedio Atención Prenatal	6	20,00	52,80	40,5333	11,71899

	Cobertura Promedio Planificación Familiar	6	38,50	76,70	58,3667	15,34323
	Cobertura Parto, RN y Puerperio	6	65,80	75,00	70,9833	3,05707
	Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	6	43,50	67,00	56,6333	8,91957
	N válido (según lista)	6				
I-2	Cobertura promedio Atención Prenatal	4	29,20	50,00	40,2750	8,54376
	Cobertura Promedio Planificación Familiar	4	24,90	70,80	47,7750	21,26035
	Cobertura Parto, RN y Puerperio	4	46,90	67,90	60,6250	9,34715
	Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	4	37,30	61,60	49,5250	10,88987
	N válido (según lista)	4				
I-3	Cobertura promedio Atención Prenatal	2	41,70	56,00	48,8500	10,11163
	Cobertura Promedio Planificación Familiar	2	36,00	48,30	42,1500	8,69741
	Cobertura Parto, RN y Puerperio	2	64,60	69,40	67,0000	3,39411
	Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	2	49,00	56,30	52,6500	5,16188
	N válido (según lista)	2				
I-4	Cobertura promedio Atención Prenatal	2	28,80	35,00	31,9000	4,38406
	Cobertura Promedio Planificación Familiar	2	21,50	35,20	28,3500	9,68736
	Cobertura Parto, RN y Puerperio	2	62,50	75,00	68,7500	8,83883

Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	2	37,60	48,40	43,0000	7,63675
N válido (según lista)	2				

ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cobertura promedio Atención Prenatal	Inter-grupos	287,471	3	95,824	,933	,460
	Intra-grupos	1027,126	10	102,713		
	Total	1314,597	13			
Cobertura Promedio Planificación Familiar	Inter-grupos	1478,121	3	492,707	1,823	,207
	Intra-grupos	2702,571	10	270,257		
	Total	4180,692	13			
Cobertura Parto, RN y Puerperio	Inter-grupos	263,631	3	87,877	2,205	,150
	Intra-grupos	398,481	10	39,848		
	Total	662,112	13			
Cobertura Servicios		316,051	3	105,350	1,256	,341
Programa Materno Perinatal	Inter-grupos	838,526	10	83,853		
	Intra-grupos	1154,577	13			
	Total					

Descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Cobertura promedio Atención Prenatal	16	40,5333	11,71899	4,78426	28,2350	52,8317	20,00	52,80

	2	4	8,54376	4,27188	26,6800	53,8700	29,20	50,00
			40,2750					
	3	2	10,11163	7,15000	-41,9994	139,6994	41,70	56,00
			48,8500					
	4	2	31,9000	3,10000	-7,4892	71,2892	28,80	35,00
				2,68758				
	Tota l	14	10,05599		34,6081	46,2204	20,00	56,00
			40,4143					
Cobertura Promedio Planificación Familiar	1	6	15,34323	6,26385	42,2649	74,4684	38,50	76,70
			58,3667					
	2	4	21,26035	10,63018	13,9450	81,6050	24,90	70,80
			47,7750					
	3	2	8,69741	6,15000	-35,9932	120,2932	36,00	48,30
			42,1500					
	4	2	9,68736	6,85000	-58,6875	115,3875	21,50	35,20
			28,3500					
	Tota l	14	17,93298	4,79279	38,3815	59,0899	21,50	76,70
			48,7357					
Cobertura Parto, RN y Puerperio	1	6	3,05707	1,24804	67,7751	74,1915	65,80	75,00
			70,9833					
	2	4	9,34715	4,67357	45,7516	75,4984	46,90	67,90
			60,6250					
	3	2	3,39411	2,40000	36,5051	97,4949	64,60	69,40
			67,0000					
	4	2	8,83883	6,25000	-10,6638	148,1638	62,50	75,00
			68,7500					
	Tota l	14	7,13665	1,90735	63,0151	71,2563	46,90	75,00
			67,1357					
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	1	6	8,91957	3,64140	47,2728	65,9938	43,50	67,00
			56,6333					
	2	4	10,88987	5,44493	32,1968	66,8532	37,30	61,60
			49,5250					

3	2	52,650 0	5,16188	3,65000	6,2724	99,0276	49,00	56,30
4	2	43,000 0	7,63675	5,40000	-25,6135	111,6135	37,60	48,40
Tota l	14	52,085 7	9,42410	2,51870	46,6444	57,5270	37,30	67,00

ANOVA de un factor

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Cobertura promedio Atención Prenatal	287,471	3	95,824	,933	,460
Inter-grupos	1027,126	10	102,713		
Intra-grupos					
Total	1314,597	13			
Cobertura Promedio Planificación Familiar	1478,121	3	492,707	1,823	,207
Inter-grupos	2702,571	10	270,257		
Intra-grupos					
Total	4180,692	13			
Cobertura Parto, RN y Puerperio	263,631	3	87,877	2,205	,150
Inter-grupos	398,481	10	39,848		
Intra-grupos					
Total	662,112	13			
Cobertura Servicios Programa Materno Perinatal	316,051	3	105,350	1,256	,341
Inter-grupos	838,526	10	83,853		
Intra-grupos					
Total	1154,577	13			